Aus der Frauenklinik der
Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. Lutwin Beck

Psychosomatische Störungen von Harnblase und Miktion unter besonderer Berücksichtigung dieser Störungen bei der Frau

Eine Auswertung der Literatur

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Bernd J. Huppertz

1983

UNIV.
LINCOLN
MED.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543915_0073

Aus der Frauenklinik der
Universität Düsseldorf
Direktor: Prof.Dr. Lutwin Beck

Psychosomatische Störungen von Harnblase und Miktion unter besonderer Berücksichtigung dieser Störungen bei der Frau - eine Auswertung der Literatur -

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf
vorgelegt von

Bernd J. Huppertz

1983

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.:Prof.Dr. med. T.H. Brüster

Referent
gez.: Prof. Dr. med. H. Molinski

Korreferent
gez.:Prof. Dr. med. I. Rechenberger

INHALTSÜBERSICHT

		Seite
1.	Einleitung	1
2.	Diurese und psychische Beeinflußbarkeit	7
3.	Beziehung von Affekt und Emotion auf Blase und Miktion	12
4.	Psychosomatik urologischer Krankheitsbilder	14
4.1	Syndrom der trägen Blase (dysfunctional 'lazy' bladder syndrome)	14
4.2	Die nicht-neurogene neurogene Blasenstörung (nonneurogenic neurogenic bladder)	16
4.3	Die Reizblase	18
4.3.1	Exkurs: Pollakisurie	38
4.3.2	Exkurs: Polyurie	44
4.4	Das Harnstottern	52
4.5	Harninkontinenz	57
4.5.1	Stressinkontinenz	57
4.5.2	Psychogene Harninkontinenz	58
4.5.3	Urge-Inkontinenz und Detrusor-Inkontinenz bei Detrusordyssynergie	62
4.5.4	Inkontinenz und Affekt	68
4.5.5	Erster Exkurs: Die Angst vor dem Harndrang und der Inkontinenz und die Folgen	70
4.5.6	Zweiter Exkurs: Harnträufeln	71
4.5.7	Dritter Exkurs: Nachträufeln	71
4.5.8	Vierter Exkurs: Harndrang und genitale Lust	71
4.6	Psychogene Harnretention	73
4.6.1	Erster Exkurs: Psychogene Anurie	91
4.6.2	Zweiter Exkurs: Harnverhaltung bei Kindern	91
4.6.3	Dritter Exkurs: Massive Stuhlverhaltung mit daraus resultierender Harnverhaltung bei Kindern	93
4.6.4	Vierter Exkurs: Harnretention und Katheterisierung	94

		Seite
4.7	Die postoperative Harnverhaltung	95
4.8	Interstitielle Cystitis	98
5.	Bio-psycho-soziale Aspekte der Miktion	100
5.1	Die Säuglingszeit	101
5.2	Die Zeit der Reinlichkeitserziehung	104
5.3	Die Enuresis	110
5.4	Die Zeit des Kastrationskomplexes	111
5.5	Die Zeit der Pubertät	116
5.6	Miktionsstörungen der Frau	119
5.7	Hauptcharakterzüge des Urethralerotikers	121
5.8	Erotische, aggressive sowie selbstbestrafende Bedeutung des Miktionsaktes	123
5.8.1	Die erotische Bedeutung des Miktionsaktes	124
5.8.2	Die aggressive Bedeutung des Miktionsaktes	124
5.8.3	Die selbstbestrafende Bedeutung des Miktionsaktes	125
5.9	Das urethrale Antriebserleben	125
5.10	Sexualstörungen und Miktionsstörungen	126
6.	Zusammenfassung	127
7.	Literaturverzeichnis	132

1. Einleitung

Häufig kommen Patienten in eine allgemeinmedizinische, gynäkologische oder urologische Praxis und klagen über mehr oder weniger konstante Blasenbeschwerden. Oft findet sich dann eine unauffällige Urinanalyse und ein negativer cytoskopischer Befund. Eine wichtige Frage stellt sich dann: Was soll man mit diesen Patienten machen (HUNNER 1930)? Im Anschluß an diese Frage stellen sich nun weitere wichtige Fragen:
Können angesichts des unauffälligen organischen Befundes in diesem Zusammenhang vielleicht psychische Faktoren eine Rolle spielen?
Wie läßt sich dieses Beschwerdebild überhaupt erklären?

So erkannte schon 1890 JANET, daß Patienten mit Miktionsbeschwerden häufig einen ganz bestimmten eigentümlichen psychischen Zustand aufwiesen, den er als psychopathologisch bezeichnete. Auffällig war, daß diese Patienten zumeist auch über sexuelle Schwierigkeiten klagten oder sexuelle Störungen aufwiesen. Im Jahre 1899 befaßten sich nun FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL ausführlich mit Blasenstörungen bei Patienten mit Neurasthenie bzw. Hysterie. Auch sie stellten dabei fest, daß die Symptome von seiten der Blase häufig mit sexualneurasthenischen Zuständen wie Ejaculatio praecox, Pollutionen, Spermatorrhoe und Impotenz verbunden waren.

Früher sprach man im Zusammenhang mit Störungen von Organen ohne erkennbare organische Ursache, und somit auch bei Blasenstörungen oben beschriebener Art von "nervösen" Störungen. Fand sich keine spezifische Erkrankung des Organparenchyms, so ging man davon aus, daß die jeweilige Organfunktion durch eine Erkrankung der sie innervierenden Nerven gestört war. Später wurde dann der Begriff "nervös" durch "funktionell" ersetzt. Von "nervösen Blasenerkrankungen" wird jetzt nur noch gesprochen, wenn eine nachweisbare pathologisch-anatomische Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems vorhanden ist (SCHWARZ 1922).

Unter funktionellen Störungen versteht man körperliche Beschwerden, die als Ausdruck bzw. Manifestation einer psychosomatischen oder somatopsychischen Störung angesehen werden (VOLLRATH 1979). Die zugrundeliegende Störung wird also nicht durch eine anatomisch-physiologische Veränderung hervorgerufen.

Häufig wird auch in diesem Zusammenhang von "Organneurosen" gesprochen, so spricht man bei funktionellen Blasenstörungen zum Teil auch von "Blasenneurosen" bzw. "Uroneurosen" (SCHWARZ 1922, STUTZIN 1927). Die Organneurose läßt sich nun als Symptom der Neurose eines Menschen definieren. Die Neurose, d.h. eine psychische Störung führt zu körperlichen Beschwerden (GUREWITSCH 1932).

Allgemein ist bekannt, daß Störungen der Miktion von emotionalen Faktoren abhängig sein können. Die Vorstellung ist damit verbunden, daß die Blase auf emotionale Störungen reagiert (WEISS und ENGLISH 1943).

So ist die Erfahrung weit verbreitet, daß es zu Veränderungen des Miktionsverhaltens bei normalen Menschen kommen kann, wenn diese emotionalen Spannungen bzw. psychischem Stress ausgesetzt sind. Dauern nun diese Störungen länger an, können Symptome organischer Erkrankungen der Harnwege nachgeahmt werden. Es kann zu Harnfrequenzsteigerung, vermehrtem Harndrang, Dysurie und Schmerzen kommen. Eine Vielzahl urologischer Beschwerden kann somit ohne organische Ursache auftreten (BARRETT 1976). PELOUZE (1925) und SILAGY (1952) vertreten sogar die Ansicht, daß psychische Ursachen, emotionale Faktoren und Gewöhnung an ein bestimmtes Miktionsverhalten nicht nur funktionelle Erkrankungen des Urogenitalsystems erzeugen können, sondern auch morphologische Veränderungen.

Bedenkt man nun, daß etwa 30 bis 60 % aller Patienten einer allgemeinmedizinischen Praxis psychoneurotisch, bzw. neuro-

tisch erkrankt sind, so stellt sich auch die Frage, wieviele Patienten, die in einer urologischen oder gynäkologischen Praxis über Miktionsbeschwerden klagen, neurotisch sind? Es gibt zwar keine Statistiken darüber, wieviele psychoneurotisch Erkrankte eine urologische oder gynäkologische Praxis aufsuchen, bedenkt man jedoch, wie häufig Patienten von Angst, innerer Unruhe und Schuldgefühlen in Bezug auf mögliche oder durchgemachte venerische Erkrankungen oder in Bezug auf ihre manchmal sehr sonderbaren Sexualpraktiken geplagt werden, so kann man sich vorstellen, daß die Zahl psychoneurotisch Erkrankter in solchen Praxen doch ganz beträchtlich sein könnte.

Allgemein läßt sich sagen, daß ein psychoneurotisches Symptom ein unphysiologisches Symptom ist. Es entspricht nicht dem, was ein Arzt erwartet, wenn eine physiologische Störung eines Organes vorliegt. Das Symptom läßt sich nicht mit anatomischen und physiologischen Begriffen beschreiben, hat es doch keine adäquate anatomisch-pathologische Basis. In diesem Fall hat das Symptom die Funktion, Spannung oder Angst auszudrücken. Die Patienten leiden an Nervosität, Angst oder Spannung, wodurch die Symptomatik hervorgerufen wird. Aufgabe des Arztes ist es nun, die Ursache hierfür herauszufinden (CONE 1946).

Psychoneurosen bzw. Neurosen sind Erkrankungen, bei denen die Persönlichkeit des Patienten von Ängsten und bestimmten Vorstellungen beherrscht wird. Dabei können auch die verschiedensten körperlichen Beschwerden ohne pathologisch-anatomische Ursache auftreten.

Zu diesen Erkrankungen zählen Angstneurosen, die sich in emotionaler Anspannung und Ängstlichkeit manifestieren. An körperlichen Symptomen finden sich noch Herzklopfen, Schwitzen und kalte Extremitäten. Treten körperliche Beschwerden ohne organische Ursachen in den Vordergrund, und beherrschen sie die Persönlichkeit, kann man dies als Hypochondrie bezeichnen. Ferner gibt es die Konver-

sionsreaktionen, bei denen der Angstimpuls nicht bewußt erlebt wird. Er wird in eine körperliche Dysfunktion umgewandelt. Meist ist davon ein Organ oder ein Teil des Körpers betroffen, der unter willentlicher Kontrolle steht. Dadurch wird Angst vermindert und das Symptom dient häufig als symbolischer Akt für den dahinterliegenden psychischen Konflikt.

Es verwundert nun nicht mehr, daß eine große Anzahl von Symptomen, wie Miktionsfrequenzsteigerung, vermehrter Harndrang, Retention, Polyurie, Oligurie etc., die man normalerweise bei organischen Erkrankungen des Urogenitalsystems erwartet, durch Neurosen hervorgerufen werden können (GREEN und DEAN 1954, siehe auch BODNER et al. 1960). So zählt auch ENGEL (1976) vermehrten Harndrang, Steigerung der Miktion, Dysurie, Inkontinenz und Rentention zu den häufigsten Konversionsreaktionen bzw. Konversionsmanifestationen.

Die gestörte Blasenfunktion ist sogar ein häufiges Symptom psychoneurotischer Erkrankungen, vor allem jedoch die oft mit Schmerzen verbundene Miktionsfrequenzsteigerung. Die Miktionsfrequenz wird durch psychische Faktoren beeinflußt, wobei emotionale Spannung die Beschwerden verschlimmern, Entspannung sie bessern sollen (CONE 1946).

Versucht man nun in der Literatur etwas mehr über diese Störungen zu erfahren, so ist es überraschend, wie wenig sich sowohl in der urologischen als auch in der psychiatrischen Literatur über die Beziehung von Emotion und Affekt zum Urogenitalsystem finden läßt (AUERBACK und SMITH 1952), zumal doch bekannt ist, daß Urologen häufig von Patienten mit Beschwerden von Nervosität, Rastlosigkeit, Melancholie und sogar Depression konsultiert werden (SHIELDS 1937).

Dies ist jedoch nicht verwunderlich, wenn man verschiedene Faktoren bedenkt.
SCHWARZ stellte schon 1923 fest, daß in der Medizin zwei medizinische bzw. ärztliche Denkweisen nebeneinander existieren, die sich aus unterschiedlichen Betrachtungsweisen näher erklären. Die eine hat es sich zur Aufgabe gestellt, pathologische Organfunktionen zu untersuchen, die andere versucht, den kranken Menschen in seiner psychophysischen Gesamtheit klinisch zu erfassen.
Es ist nun nicht erstaunlich, daß organistisches Denken dazu führt, daß Ärzte sich die Organe des Menschen von seinem restlichen Körper getrennt vorstellen. Schließlich wird sogar vergessen, daß Organe bestimmte Funktionen haben, die wiederum in Abhängigkeit von psychischen Faktoren stehen. Folge davon ist, daß Ärzte nicht mehr an eine psychophysische Störung denken und sich auch nicht damit wissenschaftlich befassen (DUNBAR 1954).

Das Urogenitalsystem wird aber sehr stark von psychischen Faktoren beeinflußt. So ist bekannt, daß es sich bei einer Vielzahl von gynäkologisch Erkrankten in Wirklichkeit um Patientinnen mit psychosexuellen Problemen handelt (HERTZ und MOLINSKI 1980). Nun haben viele Ärzte, die sich mit dem Urogenitalsystem befassen, die Wechselwirkung zwischen emotionalem Konflikt und körperlicher Erkrankung bei ihren Patienten erkannt (MENNINGER 1935). Zumeist werden jedoch urologische Störungen von Allgemeinmedizinern, Urologen oder Gynäkologen behandelt, Psychiater oder Psychoanalytiker sehen solche Störungen sehr selten. Da aber nur wenige Urologen, Gynäkologen oder Allgemeinmediziner an psychologischen Untersuchungen interessiert sind und nur wenige Psychiater kompetent sind, urologische Untersuchungen durchzuführen, ist es aus all diesen Gründen nicht verwunderlich, daß an so wenigen Patienten sowohl urologische als auch psychologisch-psychiatrische Untersuchungen durchgeführt werden (MENNINGER 1936). Funktionellen Harnwegsstörungen wird wohl auch deshalb von urologischer Seite so wenig Beachtung geschenkt, da

die Urologen zumeist von männlichen Patienten aufgesucht werden und wenig Interesse an Harnwegsstörungen bei Frauen entwickeln, da Frauen mit solchen Störungen zumeist den Gynäkologen aufsuchen (MARSHALL und JUDD 1976).

Die Tatsache, daß psychische Faktoren Entwicklung und Therapie von funktionellen Harnwegsstörungen beeinflussen, ist Urologen und Gynäkologen schon lange bekannt (SUMMERS 1976), ferner, daß diesem Aspekt weiter nachgegangen werden muß (HODGKINSON 1978). Die entsprechenden Untersuchungen blieben jedoch aus.

Aufgabe dieser Arbeit soll es nun sein, ein wenig Licht in dieses Dunkel zu bringen. Es ist der Versuch, einen Überblick über die Literatur zu psychosomatischen Erkrankungen in der Urologie zu schaffen.
Schwerpunkte der Arbeit werden jedoch nicht Störungen der Nieren sein, wie z.B. der psychogene Nierenschmerz (SCHWARZ 1926, 1928a, 1928b), psychische Aspekte der Nierensteinbildung (GRODDECK 1928, BRAASCH 1930, KLEMPERER 1932) oder psychische Einflüsse auf die Eiweißausscheidung (BUCHNER 1935, HASS 1935, AHRONHEIM 1947) und auf die Phosphaturie (KLEINSORGE1951 und 1952), sondern hier sollen funktionelle Harnwegsstörungen der Frau besondere Berücksichtigung finden.
Dabei soll mehreren Aspekten und Fragestellungen besondere Beachtung geschenkt werden:

1. Inwieweit können die Harnwege psychisch beeinflußt werden bzw. inwieweit können Harnwegsstörungen Manifestationen einer psychischen Störung sein?
2. Gibt es spezifische Situationen bzw. psychische Konflikte, die eine Harnwegsstörung auslösen können?
3. Gibt es eine Beziehung zwischen funktionellen urologischen Störungen und Sexualstörungen?

2. Diurese und psychische Beeinflußbarkeit

Niere und Nierenfunktion wurden bis vor kurzem in der psychosomatischen und psychiatrischen Literatur wenig Beachtung geschenkt (SCHUNK 1955). Seit langem ist jedoch schon allgemein bekannt, daß sich die Harnausscheidung psychisch beeinflussen läßt. Stellte doch schon RABOW im Jahre 1877 fest, daß sich bei den verschiedensten psychiatrischen Krankheitsbildern wie Melancholie, Manie und Erregungszuständen eine Veränderung der Harnqualität und des Volumens findet. So konnte er nachweisen, daß bei den Melancholikern das Harnvolumen vermindert ist. Die gesenkte Diurese bei Depressionszuständen und die hysterische Anurie waren auch BECHTEREW (1905) bekannt. Dieser Tatsache einer Veränderung der Nierenfunktion durch psychische Einflüsse wird wohl deshalb so wenig Beachtung geschenkt, weil sie zum einen methodologisch schwer zu erfassen ist, zum anderen, weil ihr subjektiv auch von Patienten her wenig Beachtung geschenkt wird (KLEINSORGE 1961).

Es läßt sich jedoch eine größere Anzahl von Arbeiten klinischer, tier- und humanexperimenteller Beobachtungen über den psychischen Einfluß auf Diurese und Salurese zusammentragen. Hier eine kurze Übersicht mit besonderer Berücksichtigung der Diurese.

HEILIG und HOFF untersuchten im Jahre 1925 mittels Hypnose die psychische Beeinflussung der Nierenfunktionen. Versuchspersonen suggerierten sie in Hypnose Lustgefühle. Folge war eine Hemmung der Harnausscheidung, eine Veränderung der Salurese und eine daraus resultierende Körpergewichtserhöhung der Versuchspersonen. Dagegen förderten suggerierte Unlustgefühle die Diurese und führten zu einer Erniedrigung des Körpergewichts. Durch weitere Untersuchungen kamen sie dann zu dem Ergebnis, daß Suggestion des Wassertrinkens und eines daran anschließenden

Harndrangs bei einer genügend tief hypnotisierten Versuchsperson immer mit einer Harnflut beantwortet wird (HOFF und WERMER 1928). Daraus schlossen sie dann, daß das uropoetische System durch Lust- und Unlustgefühle beeinflußt werden kann, bzw. sich nicht der Beeinflussung entziehen kann (HEILIG und HOFF 1928). Die These der psychischen Beeinflussung der Diurese durch hypnotische Suggestion konnte durch Arbeiten von MARX (1926) und GERBNER et al. (1958/59) gestützt werden. Doch zeigten andere Arbeiten, wie die von GROSSMANN (1928), daß nicht mit Regelmäßigkeit typische Antworten der Harnsekretion auf die verschiedensten Suggestionsformen von Lust und Unlust auftraten. Es fand sich keine Gesetzmäßigkeit.

Die Diurese kann aber auch schon durch einfache Suggestion gefördert werden (ANDERSON 1946). Sogar schon alleine dadurch, daß man den Patienten etwas zum Trinken anbot, konnte am katheterisierten Patienten beobachtet werden, daß der Harnfluß innerhalb von 10 Sekunden anstieg (ROOKE 1946). Daran sieht man, wie einfach sich die Diurese auf psychischem Wege beeinflussen läßt.

Es wurden die verschiedensten tierexperimentellen Untersuchungen durchgeführt, um den Einfluß von Außenreizen auf die Diurese zu erforschen (vgl. dazu auch O'CONNOR und VERNEY 1942, BLAKE 1951, GORSON et al. 1958). So konnte DOBREFF (1926) im Tierexperiment Hunde durch Reizung in Wut versetzen, die dann eine vorübergehende "Wutanurie" zeigten. Die These, daß cerebrale, psychische Vorgänge einen Einfluß auf die Harnsekretion haben, überprüfte MOLITOR (1926) an Kaninchen. Er fesselte die Tiere in den verschiedensten Stellungen und maß ihre Diurese. Nichtnarkotisierte Tiere reagierten auf diese Situation mit einer Diuresehemmung, narkotisierte Kaninchen zeigten normale Werte. Daraus schloß er, daß beim Tier, wie beim Menschen, durch corticale, psychische Erregung die Diurese beeinflußt werden kann. Andere tierexperimentelle Beobachtungen ergaben, daß durch Konditionierung, d.h. über

einen konditionierten Reflex, eine verstärkte Diurese hervorgerufen werden kann (MARX 1931, GERBNER und ALTMAN 1958/59). Durch entsprechende konditionierende Reize konnte ebenso der gegenteilige Effekt experimentell erzeugt werden: eine Hemmung oder Senkung der Diurese (EAGLE 1933). Eine Steigerung der Diurese konnte nach Konditionierung von 4 Versuchspersonen auch im Humanexperiment nachgewiesen werden. HOFER und HINKLE (1963) schlossen daraus, daß sich aufgrund wiederholter Erfahrung, wie z.B. im Humanexperiment, ein neuer Modus von hormonaler Antwort auf bestimmte Stimuli einstellen kann. Diese hormonale Antwort auf bestimmte Reize kann nun gesteigert oder vermindert sein. Dies hängt wiederum von den Reizen während Konditionierung bzw. Gewöhnung im Experiment ab, aber nicht nur davon, sondern auch vom Umfeld der Versuchsperson bzw. des Patienten, seiner sozialen Situation und seinem Bewußtseinszustand (HOFER und HINKLE 1964). Es konnte ferner festgestellt werden, daß die renale Zirkulation und die ADH-Sekretion ebenfalls durch psychische Faktoren beeinflußbar sind (MILES et al. 1952, BLOMSTRAND und LÖFGREN 1956, VERNEY 1958, DE MARIA et al. 1963, WAKIM 1967).

Inwieweit können nun Affekte die Diurese spezifisch beeinflussen?

Aufgrund experimenteller Untersuchungen konnte festgestellt werden, daß Reize, die einer lebensbedrohlichen Situation gleichen und mit Gefühlen von Angst und Furcht verbunden sind, zu einer Spontandiurese führen können (HINKLE et. al. 1951). Auch BARNES und SCHOTTSTAEDT (1960) konnten in einer Untersuchung an 8 Patientinnen mit kompensierter Stauungsherzinsuffizienz darlegen, daß die breite Streuung der

renalen Ausscheidungsmenge von Wasser und Elektrolyten zu einem großen Teil mit bestimmten Verhaltensmustern und Gefühlen von seiten der Patientinnen korrelierbar ist. So führen Gefühle von Abschreckung, Spannung, Hemmung, Entmutigung und Niedergeschlagenheit zu einer Abnahme der renalen Ausscheidung.

SCHOTTSTAEDT et al. (1956) untersuchten 5 Versuchspersonen über eine Zeitspanne von 14 bis 46 Tagen während ihres Alltagslebens. Ziel der Untersuchung war es, festzustellen, ob bestimmte alltägliche Lebenssituationen interpersonaler oder sozialer Art einen Einfluß auf die Diurese haben. Die Untersuchung zeigte folgendes: Bedrohliche Situationen, denen man jedoch mit Wachsamkeit und Reaktionsbereitschaft begegnen kann, erzeugen eine Abnahme der Diurese; ebenso Gefühle von Wert- und Hilflosigkeit, Niedergeschlagenheit und Erschöpfung. Situationen, die durch das Gefühl der Entspannung gekennzeichnet sind oder in denen auf eine ausgestandene Anspannung bzw. Anstrengung eine plötzliche Entspannung folgt, führen zu einem Anstieg der Diurese. Gefühle von Erregung, Verärgerung, Wut und Furcht führen ebenso zu einer Steigerung der Diurese. Situationen, die sich aus gemischten Gefühlen und mehreren Anteilen von Verhaltensweisen oben beschriebener Art zusammensetzen, erzeugen Exkretionsraten, in denen sich ein kombiniertes Bild der verschiedenen Situationen manifestiert.

Anders formuliert kann man sagen, daß die Steigerung der Diurese und der Abfall des Körpergewichts Antworten auf Situationen sind, in denen Menschen sich auf kurze gefährliche oder bedrohliche Momente einstellen, auf Kampf oder Flucht, oder in denen stürmisch aggressives Verhalten verbunden mit Gefühlen von Erregung und Ärger auftritt. Eine Hemmung der Diurese und ein Anstieg des Körpergewichts findet sich in Situationen, die Gefühle von Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit hervorrufen und die durch teilnahmsloses Verhal-

ten, reduzierte körperliche Aktivität und langsame gedämpfte Sprache gekennzeichnet sind. Ferner als Antwort auf erschreckende Situationen, bei Konfrontierung mit gefürchteten Lebenssituationen und als Reaktion auf Schmerz und Gefahren (SCHOTTSTAEDT et al. 1955).

Es läßt sich also zusammenfassend sagen, daß Diurese und Salurese durch psychische Einflüsse verändert werden können. Typische Korrelationen zwischen Harnausscheidung und bestimmten Affekten lassen sich gegenwärtig jedoch nur annäherungsweise, aber noch nicht eindeutig, aufgrund fehlender Befunde feststellen.

3. Beziehung von Affekt und Emotion auf Blase und Miktion.

Allgemein ist bekannt, daß kleine Jungen, wenn sie Angst bekommen, in ihr Höschen machen (WOBUS 1922). Dabei handelt es sich dann um eine Angst- bzw. Schreckinkontinenz (FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL 1899; DOBREFF 1926). Diese Inkontinenz ist eine schützende Reaktion auf plötzlichen Stress, so z.B. auf Angst und Schreck. In einigen Fällen kann sie auch mit Einkoten verbunden sein (SCHWARZ 1925, WOODMANSEY 1972).

Auch bei Erwachsenen können Angst oder Schreck nachgeradezu sprichwörtlich eine Störung der Blasenfunktion erzeugen (ALKAN 1930). Sie können, wie jede starke seelische Anspannung überhaupt, einen starken Harndrang auslösen (KEHRER 1924). Sogar eine Dranginkontinenz kann sich unter Umständen entwickeln (NESBITT et al. 1965). Auf den starken Einfluß von Emotion und Affekt auf Blase und Blasenfunktion haben schon viele Autoren hingewiesen (SCHWARZ 1925; STUTZIN und WARNER 1928; STRAUB et al. 1949; AUERBACK und SMITH 1952; NESBITT et al. 1965). Die erste Studie experimenteller Art zur Psychodynamik der Blasenfunktion wurde schon im Jahre 1881 von MOSSO und PELLAC ANI veröffentlicht. In dieser wiesen sie nach, daß Emotionen die Blasenfunktion verändern können.

So ist uns allen auch bekannt, daß es bei ganz normalen Menschen zu Zeiten großer seelischer Anspannung oder psychischen Stresses zu zeitweisen Veränderungen im Harnverhalten kommen kann (BARRETT 1976). Zuweilen kann schon eine etwas angstmachende oder erschreckende Vorstellung ausreichen, einen unwillkürlichen Harnabgang zu produzieren (STUTZIN 1926). Harnfrequenzsteigerung und Inkontinenz kann man bei Soldaten, die zu Zeiten des Krieges einer intensiven Gefahr und Bedrohung ausgesetzt sind, als eine normale Antwort auf den Stress des Krieges ansehen (MOLL 1954). Eine extreme psychische Belastung kann aber auch eine Harnverhaltung hervorrufen (NESBITT et al. 1965). Man kann

nun Harnfrequenzsteigerung und Harndrang als Folge einer akuten Angstreaktion ansehen, z.B. bei Examen oder gefürchteten Situationen. Sie können aber auch Manifestationen chronischer Angst- und Spannungszustände, so z.B. bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen, sein (GREEN und DEAN 1954).

Wir wissen auch, daß nach Gemütsbewegungen Polyurien und Pollakisurien auftreten können (ALKAN 1930). Zumeist treten diese Symptome bei Patienten mit psychoneurotischer Störung in Verbindung mit einem äußeren Anlaß, der Gefühle von Schreck oder Ärger erzeugt, auf (CHRISTOFFEL 1955). Vor allem bei Hysterie oder nervöser Erregtheit kommt es schon einmal zu einer Polyurie (GREEN und DEAN 1954). Bei dieser Polyuria nervosa spastica bzw. Urina spastica werden aufgrund psychischer Erregtheit große Mengen sehr stark verdünnten Harnes ausgeschieden (ADLER 1932, WILDBOLZ 1959). Berücksichtigt man die situative Auslösung nicht, kann man dieses Krankheitsbild mit einem Diabetes insipidus verwechseln (CHRISTOFFEL 1955). Pollakisurien können bei Erwartung oder Erregung auftreten, so z.B. vor Bahnfahrten, vor öffentlichen Auftritten oder vor Prüfungen (FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL 1899, SCHWARZ 1925). Wenn die Betroffenen in Aktion treten, wird dann oft der Harndrang vergessen (FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL 1899). Oft treten auch Miktionsschwierigkeiten auf, wenn zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt oder an einem ungewohnten Ort Wasser gelassen werden soll (SCHWARZ 1925). Auch können sich in der Art des Wasserlassens unbewußte Affekte wie Angst, Wut, Schuldgefühle, Hilflosigkeit und Freude manifestieren (GATES und WEINBERGER 1955). Es gibt auch Thesen, wonach Spannung, Angst und letztlich aggressives Verhalten sich in einer Blasenüberfunktion, Freundlichkeit, Niedergeschlagenheit und nichtaggressives Verhalten in einer Blasenunterfunktion manifestieren kann. Die Blasenfunktionsveränderung ist dann in diesen Fällen körperliche Begleiterscheinung einer Emotion im Rahmen einer allgemein psychophysiologischen Reaktion (STRAUB et al. 1949).

4. Psychosomatik urologischer Krankheitsbilder

Nachfolgend werden Krankheitsbilder beschrieben, an deren Genese psychische Faktoren Anteil haben bzw. haben könnten.

4.1 Syndrom der trägen Blase
(dysfunctional 'lazy bladder'syndrome)

Bei Kindern findet sich ein klinisches Krankheitsbild, welches 1962 von De LUCA et al. beschrieben und als "dysfunctional 'lazy' bladder syndrome" bezeichnet wurde. Es soll eine häufige Ursache für wiederkehrende Harnwegsinfektionen bei Kindern sein. Diese Erkrankung findet sich bei Mädchen doppelt so häufig wie bei Jungen. Die Kinder erkranken zumeist zwischen dem 2. bis 6. Lebensjahr. Die Symptome von seiten des Harntraktes sind sehr verschieden: sie reichen von unregelmäßiger Miktion bis zu Inkontinenz, gelegentlich häufigerem Wasserlassen und Harnwegsinfektionen. Aufgrund cystometrographischer Untersuchungen geht De LUCA davon aus, daß eine gestörte Blasenfunktion vorliegt, die sich so erklären läßt, daß die Patienten die Gewohnheit entwickelt haben, ihre Blase nicht zu entleeren, wenn sie Harndrang verspüren. Folge ist eine vermehrte Blasennachgiebigkeit und daraus folgt dann eine Vergrößerung der Harnblase mit einer Restharnbildung von 30 bis 200 ml. Diese Blasenstörung kann man mit der chronischen Verstopfung bei Kindern vergleichen. Bei Stuhldrang lassen die Kinder den Fäcess nicht heraus und durch andauerndes Zurückhalten und chronische Verstopfung entwickelt sich dann daraus ein Megarectum und ein Megacolon. Beim "Syndrom der trägen Blase" entwickelt sich aufgrund der Zurückhaltung des Harns eine Blasenvergrößerung. Als Folge davon treten gehäuft Harnwegsinfekte auf. Schließlich stellt sich ein vesiko-urethraler Reflux ein, der die Ausbreitung der Infektion fördert. Sekundäre Folge ist schließlich eine fortschreitende Harntraktveränderung mit schwerwiegender Schädigung des Harntrakts.

CAMPBELL stellt in seiner Studie über dieses Thema 1970 (a) ebenfalls fest, daß Mädchen zwischen dem 3. und 7. Lebensjahr den Hauptteil der Erkrankten ausmachen. Oft findet sich an Symptomen vermehrte Miktionsfrequenz, inkomplette Blasenentleerung und sporadische Harnwegsinfektionen. Von den Patienten wird aber auch über Bauchschmerzen, Harnträufeln oder Verstopfung geklagt. CAMPBELL stellt fest, daß diese Kinder dazu neigen, den Harn eigensinnig zurückzuhalten oder daß sie nicht den Drang haben, Wasser zu lassen. Dadurch wird die Blasenkapazität vergrößert und ein großes Blasenvolumen ist die Folge. Der Druck, den die Blase entwickeln muß, um den Harn herauszutreiben, ist jedoch bei diesen Patienten zu gering. Die Blase kann nicht soviel Arbeit verrichten und dies führt dann zu dem Begriff "lazy bladder", der "trägen, faulen Blase". Bedenkt man nun, daß diese Kinder eine inkomplette Blasenentleerung, eine große Blasenkapazität und einen niedrigen intravesikalen Druck aufweisen, so lassen sich dadurch die wiederkehrenden Harnwegsinfektionen erklären. Ist doch der Abwehrmechanismus der Blase gegen Infektionen von einer kompletten Blasenentleerung (COX und HINMAN 1961) und von einer regelmäßigen Miktionsfrequenz (HINMAN 1968) abhängig. Kinder, die an diesem Syndrom leiden, haben ein typisches Persönlichkeitsbild, welches auf emotionale Störungen hinweist: sie sind ruhig, freundlich, schüchtern, furchtsam und scheu. Sie zeigen Ängstlichkeit und Unsicherheit. Aufgrund dieser Befunde kann man unter Umständen annehmen, daß diese spezifischen Verhaltens- und Persönlichkeitszüge Ursache für diese Form einer retentiven Blase sind (CAMPBELL 1970 b).

4.2. Die nicht-neurogene neurogene Blasenstörung (nonneurogenic neurogenic bladder)

Ein ähnliches Krankheitsbild wie das des "Syndroms der trägen Blase" wurde im Jahre 1973 von HINMAN und BAUMAN beschrieben. Von diesem Krankheitsbild sind jedoch vor allem Knaben betroffen. Es ist gekennzeichnet durch Einnässen am Tage und in der Nacht und durch Harnwegsinfektionen. Bei insgesamt 14 Jungen, die weder einen neurologischen Defekt noch eine Harnwegsobstruktion aufwiesen, konnte diese Blasenstörung nachgewiesen werden. Die gemeinsamen Charakteristika der Patienten waren:

1. Alter zwischen 8 und 11 Jahren.
2. Einnässen sowohl am Tage als auch nachts, Stuhlverhaltung und Einkoten.
3. Harnwegsinfektionen und
4. Radiologische Veränderungen.

Diese Jungen zeigten ein charakteristisches Persönlichkeitsbild, das sich am besten mit dem Begriff "Versagerpersönlichkeit" umschreiben läßt. Es ist das Bild eines schüchternen und furchtsamen Verlierers. Schweigsamkeit zeigt Depression und allgemeine Ängstlichkeit. Zwar sind einige der Patienten hyperaktiv, doch weist dies wahrscheinlich auf dahinterliegende Frustrationen hin.

In einer weiteren Arbeit vertritt HINMAN (1974) die Ansicht, daß bei diesen Patienten emotionale Unausgeglichenheit die vesikourethrale Funktion verändern könne. Daraus resultiert dann eine gestörte Koordination zwischen der Kontraktion des Detrusors und der Relaxation des Sphinkter externus. Dies bewirke ähnliche Störungen wie eine neurogene Störung, deshalb auch die Bezeichnung für diesen Symptomkomplex: Nicht-neurogene neurogene Blasenstörung. HINMAN unterstreicht nochmals die auffällige Persönlichkeitsstruktur der erkrankten Kinder. Es handelt sich um

sensitive Kinder, die aber auch zu ärgerlichen Wutanfällen neigen. Zumeist haben sie einen dominierenden, gewissenhaften und strengen Vater. Sie werden von ihrem Umfeld als auch von sich selbst für Versager gehalten. Jedes Versagen bestärkt sie dann wiederum in ihrer Erwartung. Ferner spricht für eine psychische Verursachung, zumindestens jedoch Mitverursachung, dieses Symptomenkomplexes, daß Inkontinenz und Einkoten durch Suggestion und Hypno-Therapie gebessert werden könne.

ALLEN (1977) beschreibt weitere 21 Patienten mit diesem Symptomkomplex, 13 Jungen und 8 Mädchen im Alter zwischen 2 1/2 und 12 Jahren. Bei diesen Patienten ist das Hauptsymptom das Einnässen, welches bei 19 der 21 Kinder gefunden wurde, und sowohl am Tage wie bei Nacht eintrat. Bei einigen Patienten hatte es den Charakter einer Urge-Inkontinenz und war verbunden mit nachweisbaren Krämpfen im Unterbauch. Einige der Kinder ließen häufig Wasser, andere ließen das Wasser unregelmäßig, aber die meisten ließen das Wasser auf eine stockende Art und Weise. Ein ausreichender Harnfluß mit großem Volumen war unmöglich. Bei 19 Kindern war der Urin infiziert, obwohl die Infektion im klinischen Sinne nicht deutlich war. Zum anderen neigten diese Kinder zu Darmdysfunktionen, welche sich in Einkoten, chronischer Obstipation, unregelmäßigem Stuhlgang oder sogar Kotverhaltung manifestierten. Auch ALLEN geht davon aus, daß es sich um eine funktionelle Diskoordination von Detrusorkontraktion und Sphinkterrelaxation handelt, obwohl dieses Konzept, welches von HINMAN entwickelt wurde, von anderen Urologen nicht unwidersprochen hingenommen wird. Diese Diskoordinationen zeigen sich jedoch in urodynamischen Untersuchungen. Bei diesen Patienten können auch umweltbedingte und psychische Faktoren nachgewiesen werden, die vielleicht einen Einfluß auf die Krankheitsentstehung haben können. Einige der Kinder waren scheu und zurückgezogen, andere waren offen feindselig, wiederum andere zeigten nervöse Unruhe und Hyperaktivität mit kurzen Spannen der Aufmerksamkeit. Die Väter der Kinder waren zumeist dominante Männer, die das Kind mit jedem Wort, das sie sprachen, herabsetzten, während die Mütter sich passiv verhielten.

4.3 Die Reizblase

Synonyme: Irritable bladder, Urethralsyndrom, Neuralgia vesicae, Hyperästhesia vesicae, Neurosis vesicae und Cystalgie (CASPER 1923, CHERTOK et al. 1977).

PEYER schrieb 1888 eine sehr ausführliche Monographie über die "reizbare Blase" bzw. über die "idiopathische Blasenreizung", wie er das Krankheitsbild auch nannte. Er definierte den Begriff der reizbaren Blase als Intoleranz der Blase auf normalen Harnreiz. Eine kleine Menge von Harn reicht aus, einen unüberwindlichen Harndrang zu erzeugen. Dabei ist eine pathologisch-anatomische Ursache nicht nachweisbar. Die reizbare Blase findet sich in allen Altersgruppen, besonders aber zwischen dem 18. und 40. Lebensjahr. Sie findet sich häufiger bei Frauen als bei Männern. PEYER sah jedoch mehr Männer in seiner Praxis, und er ging davon aus, daß Frauen indolenter als Männer sind, während die Männer den Symptomen der Reizblase mehr Bedeutung zumessen und somit häufiger den Arzt aufsuchen. Die Symptome der Reizblase beschrieb er wie folgt:

1. Es findet sich häufiger Harndrang, wobei der Harndrang von gebieterischer Art ist. Er kann sowohl nachts als auch tagsüber auftreten. Es können ferner damit abnorme Sensationen verbunden sein, die von bloßem Unbehagen bis zu brennendem Schmerz reichen. Unter Umständen kann der Harndrang so gebieterisch und schnell auftreten, daß die Patienten unwillkürlich Harn lassen.

2. Bei der temporären Harnverhaltung, auch Ischuria spastica genannt, handelt es sich um einen Krampf des Blasenschließmuskels, der dann auftritt, wenn es dem Patienten einmal nicht möglich ist, seinem Harndrang nachzugeben. Der Patient muß dann einige Minuten warten, bis der Urin anfänglich nur tropfenweise abgeht. Dieser Krampf des Blasenschließ-

muskels kann aber auch länger andauern, so daß der Patient schließlich katheterisiert werden muß. Während der Miktion selbst kann auch ein Krampf des Schließmuskels auftreten. Folge ist eine Unterbrechung des Harnstrahls. Begleitet wird diese Form der temporären Harnverhaltung entweder von einem dumpfen Druck in der Blasengegend oder einem Schmerzgefühl.

3. Abnorme Sensationen in den Genitalorganen.
Während der Miktion kann ein Schmerz auftreten. Dieser kann leicht oder stark sein, brennenden oder stechenden Charakter besitzen und auf den Blasenhals begrenzt sein oder in verschiedene Richtungen ausstrahlen. Auch kann ein Unbehagen bzw. leichtes Brennen in der Harnröhre während der ganzen Miktion vorhanden sein. Die Beschwerden können aber auch nur am Schluß auftreten. Häufig wird auch über fast ständigen Kitzel und Beißen vorn in der Harnröhre geklagt. Abnorme Sensationen können ebenfalls in der Blasengegend ihren Sitz haben, meist handelt es sich dann um ein Gefühl von Druck. Diese abnormen Sensationen können auch einen raschen Ortswechsel vollziehen.

4. Darmsymptome.
Neben den Symptomen von seiten der Blase kann auch starker Stuhldrang auftreten (Tenesmus). Dieser geht dann zumeist mit diarrhoeischen Stuhlentleerungen einher. In vereinzelten Fällen wird auch über Obstipation geklagt.

5. Lendenmarksymptome.
Die Patienten klagen über Kreuzschwäche, Unfähigkeit längere Zeit zu stehen, Druckschmerz im Unterleib, Schmerzen in der Kreuzgegend, kalte Füße, Wadenreißen und über Anästhesie oder Hyperästhesie der Genitalien.

Als eine der Ursachen der Reizblase bei Frauen sieht PEYER die üble Gewohnheit der Patientinnen an, auf jedes Gefühl von sich in der Blase ansammelnden Harn mit einer Miktion zu antworten. Eine andere Ursache kann sein, daß die Patientinnen unbedingt Wasser lassen müssen, wenn sie andere bei der Miktion sehen. Ebenso kann eine abnorme Irritabilität der Blase bei Vaginismus als Ursache angesehen werden. Schließlich kann ein starker Urindrang bei starken Gemütserregungen wie Angst und Schreck auftreten. In Zusammenhang mit den urologischen Symptomen geben die Patientinnen oft an, daß sie masturbieren und dies bei manchen trotz schon lang andauernder Ehe. Es konnte auch festgestellt werden, daß die Harndrangbeschwerden zur Zeit der Menstruation besonders unangenehm sind.

Fallbeispiel:

Eine Patientin hatte immer einen dumpfen Schmerz im Kreuz und fortwährenden Urindrang nach dem Geschlechtsverkehr. Es stellte sich heraus, daß bei dem Ehemann der Patientin die Potenz in einem starken Maße gemindert war, die Ejakulation erfolgte beim Koitusversuch sofort. Durch diese Art der Kohabitation wurde die sexuell erregte Patientin nur furchtbar aufgeregt, erlangte aber keine sexuelle Befriedigung. Deshalb wurde sie von ihrem Mann zur Masturbation angeregt. Die Symptome stehen in einem engen Zusammenhang mit ihrem sexuellen Unbefriedigtsein.

PEYER führt beim Mann zwei Hauptursachen an. Zum einen ist es die üble Gewohnheit, auf in der Blase sich ansammelnden Harn mit Miktion zu antworten. Zum anderen besteht bei einigen Patienten das Bedürfnis, sich künstlich einen Urindrang zu verschaffen. Die Patienten können sich auf diese Weise vergewissern, daß sie noch in der Lage sind, Wasser zu lassen. Aufgrund von 23 Fallbeispielen konnte er ferner feststellen, daß die Reizblase gehäuft in Verbindung mit Sexualstörungen auftritt. Aus der Anamnese ergeben sich Beschwerden wie Masturbation, Neurasthenie, Impotenz, Ejaculatio praecox, Koitus incompletus oder allgemeine Überreizung des sexuellen Systems. Auffällig war ferner, daß einige Patienten über chronisch nervöse Diarrhoe klagen.

Die Symptome der Reizblase vergleicht STUTZIN (1927) mit denen einer akuten Cystitis. Heftige Tenesmen treten auf, Pollakis- und Dysurie, jedoch keine Eiterausscheidung. Er stellte fest, daß es sehr häufig bei einem Teil der Patienten zu den Symptomen der Reizblase kommt, wenn diese vor einer längeren gesellschaftlichen Inanspruchnahme stehen. Die Patienten fürchten dann, längere Zeit nicht urinieren zu können. Um dadurch nicht in einen Konflikt zu geraten, wird die Reizblase zu einer vorbeugenden Maßnahme. Nicht selten wird von jungen Frauen über die Symptomatik einer Reizblase post deflorationem, einer "sog. Deflorationscystitis" geklagt (siehe auch HOHENFELLNER et al. 1973) Dabei finden sich oft nicht unbedeutende seelische Konflikte. Es können unbewußte Abneigung vor dem Sexualpartner, narzißtische Einstellungen und verdrängte Konflikte erotischer Art sein. Männer klagen häufig nach vergeblichen Koitusversuchen über die Symptomatik einer Reizblase. Hier findet sich als unbewußtes Motiv eine Angst vor erneutem Versagen.

Unter Umständen wird aber auch von Patienten über starken Harndrang nach Geschlechtsverkehr geklagt. Als unbewußtes Motiv findet sich dann eine Abneigung vor der Sexualpartnerin als Sexualobjekt, jedoch bei gleichzeitiger Sympathie für sie.

KEHRER stellt im Jahre 1924 fest, daß sensible Blasenneurosen im Sinne einer "sog. Reizblase" auch im Zusammenhang mit Kriegsneurosen auftreten können. Vermehrter oder gesteigerter Harndrang ist dann zumeist das Hauptsymptom.

CASPER (1923) beschreibt die Symptomatik der Reizblase wie folgt:

Fehlen von nachweisbaren objektiven Veränderungen halb- bis viertelstündlicher Harndrang oder Miktion.

Es werden bald größere, bald kleinere Mengen Urin entleert. Das Symptom des Harndrangs findet sich jedoch nur am Tage. Ferner wird über Schmerzen geklagt. Tritt der Schmerz unabhängig von der Miktion auf bzw. in der Miktionspause, so läßt er sich über der Blase, oberhalb der Symphyse, lokalisieren. Er strahlt aber auch in die Gegend des Dammes, gegen die Weiche und gegen den After hin aus. Der Schmerz, der während der Miktion auftritt, sitzt zumeist im Membrum. Ein weiteres Symptom ist die Polyurie, d.h. es werden größere Mengen von Urin, bis zu 4 Litern am Tage, ausgeschieden. Dabei ist der Harn so dünn wie Wasser, vergleichbar einer Urina spastica.

WLADIKA (1951) versteht unter dem Begriff der Reizblase einen Sammelnamen für Erkrankungen, die zwei typische Symptome aufweisen, nämlich Tenesmen und Pollakisurie. Synonym mit dem Begriff der Reizblase gebraucht er auch den Begriff der "Blasenschwäche".

ALKEN (1973) bezeichnet den Symptomkomplex, den ein kleiner Teil von Frauen, die über Symptome im Sinne einer Cystitis oder Urethritis klagen, jedoch in der Urinuntersuchung keinen pathologischen Befund aufweisen, als Reizblase. Bei den Patientinnen, die über Pollakisurie, imperativen Harndrang und Brennen beim Wasserlassen klagen, handelt es sich sehr häufig um ängstliche Frauen, die eine depressive Stimmungslage aufweisen. Es findet sich auch ein Zusammenhang mit der Sexualfunktion. Die Patientinnen klagen zumeist über eine Zunahme der Beschwerden während der Menstruation. Ferner werden psychische Momente und emotionale Spannungszustände angeführt, die eine Agravierung der Beschwerden erzeugen können.

Den Zusammenhang des Auftretens von Harnbeschwerden in Zusammenhang mit einem psychischen Trauma beschrieben

TURNER und BORS (1963) an zwei Patientinnen, bei denen die Harnbeschwerden gleichzeitig mit der Nachricht auftreten, daß sie gebärunfähig sind. Sie leiden in der Folgezeit an psychogenen Harndysfunktionen, die operativ behandelt werden. Im Laufe vielfältiger chirurgischer Operationen entwickelt sich schließlich ein pathologisch-urologischer Befund. Es zeigte sich, daß die Patientinnen extrem nervös waren und auch ziemlich oft während der ärztlichen Gespräche weinten.

HOHENFELLNER et al. gehen davon aus, daß die sog. Reizblase ohne organische Veränderungen auf einer Regulationsstörung im Wechselspiel von Psyche, Neurovegetativum und Endocrinum beruht. Typisch für die Reizblase ist eine vermehrt feststellbare Sensibilität und Erregbarkeit des Detrusors auf manometrischem Wege. Dadurch verspüren die Patienten schon bei geringem Blaseninhalt Harndrang, der zuweilen von unwiderstehlicher Art ist. Im Vordergrund der Symptomatik steht die Pollakisurie, die zumeist nur tagsüber auftritt. Auch wird in diesem Zusammenhang eine Strangurie beobachtet. Ferner finden sich noch unbestimmte suprasymphysäre Schmerzsensationen, die aber mit beginnendem Wasserlassen meistens verschwinden. Es wird aber auch über krampfartige Schmerzen im Bereich der Adnexe oder über Unterbauchschmerzen geklagt. Zumeist findet sich der Symptomkomplex der Reizblase im Alter zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr. Die Symptome sieht HOHENFELLNER als Ausdruck eines emotionalen Spannungszustandes an, der besonders Konflikten der Sexualsphäre entstammen kann. Denn öfters tritt die Symptomatik einer Reizblase nach einer Kohabitation mit gleichzeitiger Dyspareunie auf.

So weisen auch SMITH und AUERBACK (1960) darauf hin, daß Beschwerden von seiten funktioneller Blasenstörungen öfters am Tage nach einem Geschlechtsverkehr am schlimmsten sind. Zumeist handelt es sich bei solchen Patientinnen um sexuell frustrierte Frauen. Der Sexualakt gibt ihnen nicht genügend Befriedigung. Oft sind diese Frauen unbewußt ärgerlich oder haben Angst vor Zurückweisung. Daraus resultiert dann eine emotionale Spannung.

Ebenso ergibt eine Untersuchung von HOFSTETTER et al. (1976) an 80 Patienten mit urethrischen Beschwerden, die einen sterilen Katheterurin und einen negativen cytoskopischen Befund aufweisen, daß sich bei fast allen Patientinnen schwierige sexuelle oder psychoneurotische Erkrankungen feststellen lassen. Das Alter dieser Frauen reichte vom 22. bis zum 45. Lebensjahr. Die Frauen klagen über rezidivierende urethritische Beschwerden. Sie zeigen sich in vermehrtem Harndrang, Brennen während und am Ende des Wasserlassens und schleimigen, vor allem morgendlichen, Absonderungen aus der Urethra. Von psychischer Seite konnten situagene Konfliktsituationen festgestellt werden, deren Ursache sich auf Schwierigkeiten in der Ehe oder im Beruf reduzieren lassen.

Der Begriff Urethralsyndrom ist ein Synonym für den Begriff der Reizblase. ZUFALL (1963) geht davon aus, daß die Symptome des Urethralsyndroms: Harnfrequenzsteigerung, Dysurie, Druckschmerzen im Kreuz, der Flanke und suprapubisch sowie Müdigkeit und Übelkeit, sowohl eine physikalische als auch eine psychische Seite haben dürften. Seine Untersuchung basiert auf 190 Patientinnen, die er über eine Periode von 8 Jahren hin beobachtete. Das Alter der Patientinnen variiert von 15 bis 84 Jahren. Die meisten dieser Frauen sind verheiratet und haben Kinder. Anamnestisch werden sehr viele gynäkologische, gastrointestinale und urologische Operationen angegeben. Es finden sich bei diesen Frauen doppelt so häufig als bei anderen Patientinnen Hysterektomien und

Beckenoperationen. Von den 190 Frauen klagen 42 über nervöse oder gastrointestinale Symptome. Diese Patientengruppe hat die Tendenz, andauernd und mit Regelmäßigkeit Ärzte zu konsultieren und über Beschwerden aus dem Bereich des Verdauungstraktes und des Beckenbereichs zu klagen, für die dann keine klare und eindeutige Ursache gefunden werden kann. Diese Neigung für Symptome aus dem Bereich des Beckens, des Abdomens und des Nervensystems kann vielleicht am wahrscheinlichsten durch eine diesen zugrundeliegende Angstneurose, eine emotionale Spannung oder eine hysterische Somatisierung von emotionalen Problemen erklärt werden. Aus all diesen Gründen, wie vermehrte viscerale Symptome, Mangel einer organischen Ursache, Fehlen eines Therapieerfolges und Persistenz der Symptome über Jahre schließen ZUFALL und DOVER, daß das Urethralsyndrom zu einem großen Teil auf psychischen Faktoren basiert. Obwohl eine hysterische oder angstneurotische Erkrankung diesen Symptomen zugrundeliegen kann, konnten die Patientinnen nicht von den Autoren an Psychiater überwiesen werden, da ein Großteil der Patientinnen nicht dazu in der Lage schien, die Vorstellung akzeptieren zu können, daß ihre Symptome eine psychische Basis hätten.

CHERTOK et al. (1977) gehen davon aus, daß das Urethralsyndrom eine psychosomatische Erkrankung ist. Ihr liegt eine multifaktorielle Ursache zugrunde, Persönlichkeitsfaktoren sowie konstitutionelle Aspekte gehen in sie ein. Die Erkrankung selbst drückt sich auf zwei Wegen, auf einem psychischen und auf einem körperlichen Weg, aus. Die Bedeutsamkeit der psychischen Komponente begründet CHERTOK wie folgt:

1. Es finden sich keine organische Ursachen.
2. Beginn und Wiederauftreten der Symptome fallen mit einer konflikthaften Situation zusammen.

3. Bei allen Patienten kann eine psychosexuelle Störung festgestellt werden.
4. Lokale Behandlung oder chirurgische Eingriffe können zu einer möglichen Verschlimmerung führen.
5. Psychotherapie ist eine therapeutische Möglichkeit und
6. der spezielle Charakter und der expressive Ausdruck des Schmerzes.

CHERTOK untersuchte über einen Zeitraum von 18 Jahren 55 Fälle von Frauen mit Urethralsyndrom. Die Hauptbeschwerden waren Störungen des Wasserlassens und Schmerzen. Dabei kristallisierten sich zwei Typen von Frauen heraus, die am Urethralsyndrom litten. Die eine Gruppe der Patientinnen war mehr oder weniger passiv depressiv, resignierte vor dem Mißgeschick des Lebens. Es waren einfach "zu gute Naturen", die von anderen Menschen hereingelegt wurden. Die andere Gruppe von Frauen war mehr aktiv und dominierend, ja sie zeigten sogar tyrannische Persönlichkeitszüge. Die beiden Hauptsymptome des Urethralsyndroms, gestörte Miktion und Schmerz, konnten sowohl getrennt als auch gemeinsam auftreten. Von den 55 Patientinnen litten 18 alleine an Schmerzen, welche vesikaler, urethraler, dysurischer oder genitaler Art waren. Bei 19 Patientinnen waren beide Symptome vorhanden. Der Wahrnehmung des Schmerzes wurde von den Autoren sehr viel Bedeutung zugeschrieben. Die Patientinnen beschrieben die Schmerzen als einschießend, stechend, pochend, drückend, brennend oder ziehend. Bei der Untersuchung mußte sehr viel Aufmerksamkeit auf die spezielle Natur der Schmerzen gerichtet werden, klagte doch mehr als die Hälfte der Patientinnen auch noch über andere Schmerzen wie Kopfschmerzen, rheumatische Schmerzen, Herzstechen, Diarrhoe, Dysmenorrhoe und Magenbeschwerden. Ebenso konnte festgestellt werden, daß das

Urethralsyndrom mit neurotischen Symptomen verbunden war. Die Patientinnen klagten in 22 Fällen über Angst, Depression oder Phobie. Die Beschwerden und Schmerzen, über die die Patienten klagten, waren ausgedehnt und schwer zu lokalisieren. Es wurden auch bizarre Sensationen angegeben, die nicht richtig präzise beschrieben werden konnten. Das Fehlen der Präzision im Beschreiben dieser Symptome wurde von den Patientinnen durch sehr leuchtende und schillernde Beschreibung von anderen Symptomen kompensiert. Dabei war festzustellen, daß diese Sensationen für die Patientinnen zur gleichen Zeit schmerzlich, undefinierbar und fremd waren. Darin drückte sich die Schwierigkeit der Patientinnen aus, ihr Körperbild in Worten auszudrücken. Ihre schmerzhafte Symptomatik beschrieben sie dann typischerweise durch den Gebrauch von Begriffen wie "als ob" oder durch Phrasen. Ausführliche Explorationen ergaben, daß die Symptomatik in Situationen begann, die einen Kummer bei den Patientinnen hervorrief. Es handelte sich dabei um Situationen wie Wiederverheiratung eines Elternteils, kulturelle und soziale Veränderungen oder Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr. Ferner war festzustellen, daß das Urethralsyndrom auch nach einem chirurgischen Eingriff auftreten konnte. Die Frauen, die an diesem Syndrom erkrankten, waren im Alter zwischen dem 36. und 50. Lebensjahr. Jedoch konnte festgestellt werden, daß Frauen eigentlich zu jedem Lebensalter davon betroffen werden können. Obwohl die meisten Frauen verheiratet waren, konnte bei vielen von ihnen eine psychosexuelle Störung festgestellt werden. Häufig klagten sie über Eheschwierigkeiten, deren Wurzeln in der Vergangenheit lagen. So wurden Konflikte mit Vater oder Mutter angegeben. Einige Patientinnen erlebten ihre Mutter als zu hart und zu kalt oder im Gegensatz dazu als zu gut. Ferner war festzustellen, daß die Patientinnen ihre Menarche mit Angst, Schmerz und Ablehnung erwarteten, und daß die Mehrzahl von ihnen unbefriedigende sexuelle Erfahrungen gemacht hatte. Ein großer Teil der Patientinnen war total oder teilweise frigide.

Eine MMPI-Testuntersuchung an 56 Frauen mit Urethralsyndrom ergab einen significanten Anstieg auf der Hysterie- und Hypochondrie-Skala (CARSON 1979). Auch diese Befunde scheinen auf das Vorliegen einer psychophysiologischen Störung bei Urethralsyndrom hinzuweisen.

Eine andere Untersuchung hatten CHERTOK et al. schon einmal 1953 an 50 Patientinnen mit Cystalgie, einem Synonym für Reizblase, durchgeführt. Das Alter der Patientinnen reichte vom 22. Lebensjahr bis zum 64. Lebensjahr. Bei den meisten dieser Patientinnen handelte es sich um Frauen im Alter um die Menopause. Diese Frauen klagten über Miktionsbeschwerden, deren Dauer von einem Monat bis zu 20 Jahren reichte. Aufgrund von Interviews und psychologischen Tests konnte festgestellt werden, daß keine der Patientinnen ein zufriedenes Sexualleben hatte, und daß 90 % der Frauen frigide waren. Die Beschwerden von seiten der Blase hatten bei den meisten Frauen eine sexuelle Färbung. Spontan erklärten oft die Patientinnen, daß die Symptome von seiten der Blase in Verbindung mit einem sexuellen Trauma aufgetreten waren. Einige gaben an, daß sich aus unerfreulichen sexuellen Beziehungen Dyspareunie und urologische Symptome entwickelt hätten. Eine andere Gruppe von Patientinnen entwickelte Symptome infolge von Ehescheidung, Menopause, Ehekonflikten oder chirurgischen Eingriffen. Ein anderer Teil der Patientinnen interpretierte die Trennung vom Ehemann oder von Kindern als Zurückweisung und produzierten daraufhin die urologische Symptomatik. Wieder andere Patientinnen litten an Phobien oder anderen hysterischen oder psychosomatischen Symptomen.

Diese Patientinnen mit Cystalgie konnten in zwei Hauptgruppen eingeteilt werden. Eine Gruppe von Frauen zeigte im wesentlichen masochistische Persönlichkeitszüge, sie waren passiv und niedergedrückt. Aggressives Verhalten wurde von ihnen unterdrückt. Hauptcharakteristikum war ein Gefühl von Resignation angesichts des mißlichen Schicksals und sie zeigten ein Bedürfnis nach Buße. Es handelte sich um Frauen, die alles gaben, was sie hatten. Sie waren zu gut und sie ließen sich von anderen gebrauchen. Die andere Gruppe von Frauen zeigte stark aggressive, übertrieben selbstsichere Persönlichkeitszüge. Sie zeigten nachgeradezu ein maskulines Verhalten.

SMITH und AUERBACK (1960) konnten die Angaben von CHERTOK et al. durch ihre Untersuchungen stützen. Die Mehrzahl der von ihnen mit Cystalgie therapierten Patientinnen war frigide oder hatte Schuldgefühle in Bezug auf sexuelle Aktivität. Viele dieser Frauen gaben an, daß ein verlängerter Liebesakt ohne Koitus Unterbauchschmerzen, aber auch urologische Symptome produziere. Zumeist klagten sie über Harnfrequenzsteigerung. Die Symptome der Cystalgie traten gewöhnlich an einem Tag auf, der einem unbefriedigenden Geschlechtsakt folgte. Dabei wirkten Ehestreitigkeiten oft als ein Auslöser. Es zeigte sich, daß häufig Gefühle von brennendem Ärger oder das Bedürfnis explodieren zu wollen im Hintergrund standen. Die Harnsymptome traten oft plötzlich nach einer sexuell stimulierenden Situation auf, die aus körperlichen oder psychischen Gründen unbefriedigend endete. In einem Teil der Fälle waren sich die Patientinnen ihrer erotischen Gefühle dabei nicht bewußt. Aufgrund sexueller Unerfahrenheit oder Prüderie dürften junge Frauen, die während einer sexuellen Stimulation auftretende Beckenschwellung als ein Bedürfnis nach Harndrang interpretieren.

Passive Frauen erleben sich selbst beim sexuellen Akt als ausgenützte bzw. ausgebeutete Person, die einzig die Funktion hat, dem Ehemann Lust und Vergnügen zu bereiten. Aggressive, dominante Frauen fühlen häufig nach Geschlechtsverkehr brennenden Ärger. SMITH und AUERBACK gehen nun davon aus, daß diese Patientinnen ihre sexuellen Gefühle auf ihr Harnsystem verschieben, um auf diese Weise Spannungsabfuhr zu erlangen. Auf diese Weise können sie verleugnen, daß sie dabei ein sexuelles Erleben haben. Bei diesem Prozeß handelt es sich um ein unbewußtes Geschehen, bei dem sexuelle Stimuli mit Harnsymptomen beantwortet werden. Hat sich erst einmal eine Spannungsabfuhr auf diesem Wege etabliert, beantworten diese Patientinnen jede Situation von Ärger, Frustration, Angst oder emotionalem Mißerleben mit Wasserlassen und brennenden Sensationen. Die Symptome sind dann als unbewußte Reaktionen auf emotionale Krisen anzusehen.

Fallbeispiel:

Eine 35 Jahre alte verheiratete Frau war in einem sehr religiösem Haus aufgewachsen. Sexualität wurde dort in jeder Form als sündhaft erlebt. Bei einer ärztlichen Untersuchung stellten sich intensive sexuelle Empfindungen dem Arzt gegenüber ein, die die Patientin unterdrücken mußte. Kurze Zeit später kam es zum ersten Auftreten von Symptomen einer Cystitis. An dem folgenden Sonntag bestand ihr Ehemann zu einem Zeitpunkt auf Geschlechtsverkehr, an dem die Patientin gewöhnlich zur Kirche ging. Die Patientin war während des Koitus sexuell erregt, konnte aber wegen ihrer Schuldgefühle den Orgasmus nicht erreichen. Zugleich war sie über ihren Mann und sich selbst ärgerlich und hatte das Bedürfnis sich zu bestrafen. Am nächsten Morgen wurde sie dann von starkem Harndrang und Brennen geweckt.

Häufig klagen Patienten über Brennen, Schmerzen und vermehrten Harndrang. Oft wird dann in der allgemeinmedizinischen Praxis die Diagnose Cystitis oder Harnwegsinfekt gestellt. Jedoch zeigt sich bei sorgfältiger Untersuchung, daß viele der Patienten mit den Symptomen einer Harnwegsinfektion einen unauffälligen Urin haben. GALLAGHER et al. (1965)

untersuchten 150 Patienten mit den Symptomen einer Harnwegsinfektion. Dabei stellte sich heraus, daß nur 77, d.h. 59 % der Patienten einen infizierten Urin aufwiesen. 53 Patienten hatten einen unauffälligen Urin, d.h. also, daß diese Patienten an Urethralsyndrom litten. Die Mehrzahl dieser 53 Patienten waren weiblich. Es fanden sich nur 3 Männer mit unauffälligem Urin. Das Alter der Patienten lag zwischen dem 40. bis 50. Lebensjahr. Aus dieser Untersuchung geht hervor, wie häufig sich das Urethralsyndrom in der allgemeinmedizinischen Praxis findet. Zumeist wird es jedoch als Harnwegsinfektion diagnostiziert und behandelt.

Die Ursachen für eine "Cystitis" ohne organische Ursache untersuchte ENGLISH (1970).

Eine der Ursachen, die dieses Syndrom generiert, kann Angst vor venerischen Erkrankungen sein. Patienten können sich auch schuldig fühlen wegen sexueller Aktivität oder aber auch nur wegen sexuellen Spiels oder Masturbation. Die Ursache des Symptombildes einer Cystitits liegt dann in dem Bedürfnis nach Bestrafung oder in der Erwartung einer Bestrafung. Der Patient scheint dann unbewußt zu denken, er habe etwas Falsches getan und könne nicht ungestraft davonkommen. Mit seinen genitalen Funktionen muß dann auch etwas geschehen, und Resultat ist dann Brennen beim Wasserlassen und vermehrter Harndrang. In Schulen kann es vorkommen, daß ein Kind an einer richtigen Cystits erkrankt. Andere Mitschüler können nun ihre Aufmerksamkeit auf diese ihre Körperfunktion lenken. Folge ist dann, daß sich ähnliche Symptome ohne Anzeichen einer organischen Erkrankung entwickeln können. ENGLISH nennt dies einen "sympathetischen Symptomkomplex", der bei Menschen auftreten kann, die sehr eng miteinander verbunden leben.

Häufig bleiben die subjektiven Erscheinungen einer Cystitis nach dem Abklingen der objektiven Befunde bestehen. Der Harn wird nach Therapie einer Cystitis wieder klar, doch kann der häufige und imperative Harndrang weiterbestehen. Dies nennt MORO (1933) das "sog. echte nervöse Nachstadium der Cystitis". Das bedeutet, daß der pathologisch-anatomischen Abheilung einer Cystitis ein Stadium funktioneller Störungen folgen kann. In diesem Stadium kommt es zwar häufig zu Harndrang, jedoch fast nie zu unwillkürlichem Harnabgang. Meist stellt sich bei diesen Patienten heraus, daß sie durch ihre Blasenerkrankung sehr beunruhigt sind.

Auch FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL (1899) berichten von Patienten, die, nachdem sie eine Blasenerkrankung überstanden haben, den lästigen Harndrang nicht mehr loswurden.

Fallbeispiele:

64 Jahre alte Frau, die an schwerer Cystitis mit schmerzhaftem und sehr häufigem Harndrang auch nachts litt. Sie hatte große Furcht, an einem Karzinom zu erkranken, an dem ihr Mann vor einem Jahr gestorben war. Im Laufe einer 14-tägigen Therapie wurde ihr Harn klar, jedoch blieben die subjektiven Beschwerden weiter bestehen. Vor allem klagte sie über schmerzhaften Harndrang und Brennen beim Wasserlassen

42 Jahre alter Mann, der im Alter von 18 Jahren eine schwere Cystitis durchgemacht hatte. Danach entwickelte er Beschwerden wie bei einer Cystitis. Der Urinbefund war aber unauffällig. Der Vater des Patienten verstarb im 4. Lebensjahrzehnt an einem Blasenkarzinom. Dies beunruhigte den Patienten sehr. Er hatte nämlich Angst, auch daran zu erkranken. (MORO 1933).

AUERBACK und SMITH (1952) konnten feststellen, daß bei Frauen die Symptome einer sogenannten "Cystitis" verstärkt nach einem unbefriedigenden Geschlechtsverkehr oder zu Zeiten der Periode auftreten. Oft war auch bei diesen

Frauen die initiale Harnsymptomatik nach einer sexuell stimulierenden Situation aufgetreten, die aus psychischen Gründen unbefriedigend verlief. Es fanden sich auch Frauen, bei denen die Harnsymptomatik nach Situationen auftrat, deren Erotizität sich die Patientinnen nicht bewußt waren, da sie dazu neigen, sexuelle Gefühle zu verdrängen. Viele Frauen leiden auch nach lange andauerndem Liebesspiel ohne Geschlechtsverkehr aufgrund einer nicht entlasteten Blutstauung der Sexualorgane unter abdominalen Schmerzen. Folge dieser Beschwerden dürfte dann eine temporäre vesikale Irritabilität sein, die sich dann in einer Miktionsfrequenzsteigerung manifestiert. Aus all diesen Gründen gehen AUERBACK und SMITH davon aus, daß fast alle Patientinnen mit Harnfrequenzsteigerung und Harndrang ohne organische Ursache sexuell gehemmt oder sogar frigide sind. Ihre urologische Symptomatik entsteht in Situationen sexueller Frustration oder Spannung. Die Sexuallust ist bei diesen Frauen auf das Harnsystem verschoben.

LEADBETTER (1970) glaubt, daß der psychogenen Cystitis, die durch Harnfrequenzsteigerung am Tage und klaren Urin charakterisiert ist, eine Angstproblematik zugrunde liegt.

Klagen Patienten über Harnfrequenzsteigerung, Brennen und Schmerzen beim Wasserlassen bei normalen Befunden und bei negativen Urinkulturen, wird häufig die Diagnose einer chronischen Urethritis und Trigonitis gestellt. (GRAY und PINGELTON 1956). Bei näherer Betrachtung stellt sich dann heraus, daß der chronischen Urethritis und Trigonitis bei Frauen häufig eine psychogene Ursache zugrunde liegt. Dieses Syndrom tritt oft bei Patientinnen, die an großer nervöser Spannung und ernsten Ängsten leiden, auf. Häufig kann schon ein einzelnes psychisches Trauma dieses Syndrom hervorrufen. Es scheint deshalb wichtiger,

die persönlichen Probleme des Patienten zu lösen, als eine lokale urologische Behandlung durchzuführen.

Nach einer Untersuchung von MASON et al. (1977) findet sich bei dem Symptomkomplex, der als Cystitis beschrieben wird, nur in einem geringen Prozentsatz eine organische Ursache. Die Autoren gehen davon aus, daß bei bis zu 90 % der Patienten keine organische Ursache für die Symptome einer Cystitis gefunden wird. In diesen Fällen ist dann die Diagnose Urethralsyndrom angebracht. Er untersuchte zwei Gruppen von je 24 Patientinnen, eine Gruppe mit Urethralsyndrom, eine andere als Kontrollgruppe. Das Alter der Patientinnen variierte vom 22. bis zum 50. Lebensjahr. Fast alle Patientinnen befanden sich noch in ihrer reproduktiven Periode und hatten ein Durchschnittsalter von 37 Jahren. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, daß Patientinnen mit Urethralsyndrom eine mehr positive Beziehung zu ihrer Mutter entwickelt hatten als zu ihrem Vater. Eine überraschend große Anzahl von Patientinnen mit Urethralsyndrom klagte in 67 % der Fälle, im Gegensatz zu 20 % der Kontrollgruppe, über Eheprobleme. Die Eheprobleme waren sehr vielfältig, schienen aber sehr eng mit sexuellen Problemen der Patientinnen aufgrund von Frigidität verbunden. Eine Vielzahl der Patientinnen war hysterektomiert. Die psychiatrische Anamnese ergab, daß ein Großteil der Patientinnen eine Abhängigkeit von Tranquilizer aufwies. Ein anderer Teil der Patientinnen hatte schon einmal einen Psychiater aufgesucht.
Zusammenfassend konnten MASON et al. feststellen, daß vor allen Dingen Eheprobleme bei diesen Patientinnen auffielen. Diese Eheprobleme schienen aber schon vor der Ehe bestandene Perssönlichkeitsstörungen widerzuspiegeln. In großer Zahl verbanden die Patientinnen das Auftreten der Symptome mit Geschlechtsverkehr, Geburt eines Kindes oder einer gynäkologischen Untersuchung. Nach MASON haben diese Patientinnen ein charakteristisches Persönlichkeitsprofil. Sie sind von asthenischer, schlanker Natur. Gespannt aber auch lustvoll berichten sie über ihre Symptome. Die Patientinnen sind verheiratet, befinden sich noch in einem

reproduktionsfähigen Alter und können aus jeder sozialen Klasse kommen. Sie neigen dazu, von Tranquilizer abhängig zu bleiben, tendieren aber auch dazu, eine verantwortungsvolle Position in ihrer Familie einzunehmen. Aus der Familiengeschichte ergibt sich, daß oft ein Elternteil in ihrer Kindheit krank war, und daß die Patientinnen häufig sehr eng an ihre Mutter gebunden sind.

JANSSEN (1964) schildert in seiner Arbeit ausführlich die Analyse einer Patientin mit Blasen- und Harnröhrenbeschwerden. Die Patientin klagte über Symptome einer Cystitis. Es wurde eine sachgerechte urologische Behandlung durchgeführt, die Beschwerden besserten sich jedoch nicht. Die cytoskopische Untersuchung konnte keine bedeutsamen pathologischen Veränderungen feststellen. Eine linksseitige Nephrektomie wegen Verdachts auf Nierentuberkulose erwies sich ebenso als nicht stichhaltig. Die Patientin klagte weiter über Blasenbeschwerden. Im Vordergrund der Symptomatik standen jedoch Harnröhrenbeschwerden. Aufgrund einer psychoanalytischen Therapie konnte folgendes festgestellt werden:
Bei der Patientin konnte man eine Ablehnung ihrer Geschlechtszugehörigkeit feststellen, die als Auswirkung ihrer gestörten Mutter-Tochter-Beziehung anzusehen war. Ferner zeigte die Patientin heimliche Angst vor latenten Inzestwünschen in Bezug auf ihren Vater, wodurch ihre psychische Entfaltung gehemmt wurde. Der urologische Symptomkomplex trat auf, als sie von einem sehr viel älteren Segelpartner, man kann sagen "Ersatzvater", sexuell überrumpelt wurde. Im Anschluß daran entwickelte die Patientin Unterleibsbeschwerden. Sie glaubte, an einer Cystitis oder Adnexitis erkrankt zu sein. Sie fürchtete ferner, konzipiert zu haben und versuchte eine Abtreibung. Das Verhältnis zu diesem Mann setzte sie aber fort. Es stellte sich im Laufe der Analyse heraus, daß er an einer Ejaculatio retardata litt und sie von ihm die Rolle des aktiven Sexualpartners zugeschoben bekam. Gegen sexuelle Kontakte entwickelte sie jedoch eine psychosomatische Reaktion, die zu einer

schmerzhaften Schwellung der Schleimhäute im unteren Genitalbereich führt.
Wie läßt sich nun dieses Geschehen erklären? Zum einen besteht die Möglichkeit daran zu denken, daß die Beschwerden von seiten der Harnwege der Selbstbestrafung dienten. Die Patientin hatte aber auch ein strenges Gewissen und die Symptome könnten auch einer Minderung von Schuld- oder Strafängsten dienen, die sich vielleicht durch die von der Mutter anerzogene triebfeindliche Haltung erklären. Das starre unerbittlich Strafe fordernde Gewissen muß beschwichtigt werden. Die Urogenitalsymptome dienen dann der peinigenden Sühne. Die marternden Schmerzempfindungen brauchen aber nicht nur die Aufgabe zu haben, das Gewissen zu besänftigen, auch können sie im Dienste eines erogenen Masochismusses stehen. Die Organwahl erklärt sich vielleicht am besten nach dem Talionsprinzip: Unbewußt straft die Patientin sich dort, wo sie glaubt, gesündigt zu haben. Zusammenfassend geht JANSSEN davon aus, daß die Patientin ihre Beschwerden, die einer Stufe unreifer urethraler Sexualität entstammen, als Schutz brauchte vor altersgemäßer Liebesbeziehung.

YAZMAJIAN (1966) weist darauf hin, daß die Symptome einer Reizblase symbolischer Ausdruck eines unterdrückten Impulses zu Weinen, zu Schreien oder zu Schluchzen bedeuten kann. Dies konnte er bei 3 Patienten nachweisen. Jeder dieser Patienten war zu Beginn der phallischen Phase einer längeren Phase von emotionaler Deprivation ausgesetzt gewesen. Diese war Folge der Abwesenheit mütterlicher Liebe und Aufmerksamkeit. Zu dieser Zeit hatten die Patienten als Kinder bitterlich geschluchzt, geschrien und geweint. Darin kam ihr Erleben von Verlassensein, Verzweiflung, Wut und absoluter Hilflosigkeit zum Ausdruck. Sie versuchten dann, durch Phantasien von Omnipotenz und narzißtischer Selbstherrlichkeit das Trauma zu unterdrücken. Es per-

sistierte jedoch. So mieden sie als Heranwachsende jede enge emotionale Beziehung, um eine mögliche Wiederholung des Kindheitstraumas zu verhindern. Zu Anfang der Analyse waren die depressiven Tendenzen der Patienten verdeckt. Wenn jedoch eine reale oder phantasierte Gefahr bestand, verlassen zu werden, symbolisierten die Patienten ihre Impulse Tränen zu vergießen in Miktionsstörungen.

Fallbeispiele:

30 Jahre alte Patientin mit Dysurie, Harnfrequenzsteigerung und verstärktem Harndrang. Ferner leidet sie an einer Depression, ebenso an vielfältigen Phobien. Auch ist sie frigide.

28 Jahre alter Patient mit Dysurie, Harnfrequenzsteigerung und vermehrtem Harndrang. Der Patient ist ernsthaft depressiv, leidet an Angstattacken und hat ernste Schwierigkeiten mit Autoritätspersonen. Seit dem 5. Lebensjahr hat der Patient nicht mehr geweint oder laut geschrien. Die depressiven Gefühle werden manchmal durch Wasserlassen erleichtert.

35 Jahre alte Hausfrau mit vielfältigen phobischen und hysterischen Symptomen. Vor allem ist sie jedoch sehr depressiv.

Auch MOLINSKI (1978) weist auf den Zusammenhang von Miktionsstörungen dieser Art bei larvierter Depression hin. Ebenso berichtet CHRISTOFFEL (1955) von Vorkommnissen, die er als "Harn statt Tränen" bezeichnet. Vermehrte Miktionsfrequenz kommt oft bei Frauen nach einer unglücklichen Liebesbeziehung vor. In dieser Zeit erzwungener Einsamkeit wird jede Sehnsucht verleugnet. In der Miktionsfrequenzsteigerung manifestiert sich dann der gereizte und verstockte Zustand der Frauen und ihr Ringen nach Selbstbeherrschung.

Desweiteren vertritt MOLINSKI (1983) die Ansicht, daß eine Vielzahl von Miktionsstörungen in Verbindung mit Affekten sexueller Erregung auftreten können. Dazu ist nötig, daß Lust und Liebe sich einstellen, die aber aus unbewußten

Ängsten gehemmt werden. Ein gewisses Maß von Frigidität ist nach seiner Vorstellung Bedingung für die Symptombildung. Er sieht in den Symptomen von vermehrtem Harndrang und urethralen Sensationen ein Korrelat für ingang-gekommene sexuelle Erregung, die aufgrund psychischer Hemmung nicht zur Befriedigung gelangt. Den Begriff der Reizblase findet er aus diesen Gründen unpassend, da ja die Harnblase selbst nicht erkrankt ist. Das Symptom ist in Wirklichkeit als eine verdeckte funktionelle Sexualstörung anzusehen.

Zum Abschluß sei noch bemerkt, daß KOLLE (1970) die Prostata-Neurose beim Mann als Äquivalent der Reizblase der Frau ansieht.

4.3.1 Exkurs: Pollakisurie

Unter dem Begriff der Pollakiurie bzw. Pollakisurie versteht man das stark vermehrte Bedürfnis, die Harnblase zu entleeren. Bei jedem Miktionsakt wird nur eine ganz kleine Menge von Urin entleert. Typisch ist, daß sie meist nur tagsüber auftritt. Pollakisurie kann als ein Symptom neben mehreren Symptomen der Reizblase auftreten, aber auch allein.

DEUTSCH (1922) vertritt die Ansicht, daß eine Vielzahl von Krankheitssymptomen bei organischen Erkrankungen von psychischer Seite her zu erklären sind. Sowohl ein normaler Mensch als auch ein Neurotiker nutzt Krankheit für sich auf seine Weise aus, um daraus seinen Gewinn zu ziehen. Dieses Verhalten läßt sich durch das Bedürfnis erklären, aus der Unlust, die eine Erkrankung mit sich bringt, einen möglichst großen Lustgewinn zu ziehen. Eine körperliche Erkrankung bringt es nun mit sich, daß die Gelegenheit besteht, auf eine infantile Stufe zu regredieren, auf der die Möglichkeit des Auslebens infantiler Wunschregungen besteht. Deutsch sieht nun in der Neigung zur Pollakisurie ein Symptombild, das

sich in eine organische Erkrankung gut einfügt, ein Symptom, das man in die Gruppe von Symptomen einreihen kann, die einem Wunsche nach Ausstoßung, nach Loswerdenwollen entspricht.

BARINBAUM (1930) schildert in seiner Arbeit den Fall einer Patientin, die unter Pollakisurie litt, die auch nachts auftrat. Ferner klagte die Patientin über Brennen in der Urethra. Es fand sich kein organischer Befund. Eine ausführliche Anamnese bei der Patientin ergab, daß sie in einer langen Ehe mit ihrem Mann den Koitus interruptus ausübte. Sie war jedoch nie mit ihrem Mann so recht zufrieden gewesen, denn sie vermißte bei ihm emotionale Nähe. Für die Patientin bedeutete, wie sich herausstellte, das Urinieren ein nicht adäquates Äquivalent für die genitale Befriedigung ihrer Libido. Dadurch blieb ihre Befriedigung immer unvollkommen, kann doch der Miktionsakt zwar dem Kleinkind in einem sexuellen Sinne lustvoll sein, nicht aber einem Erwachsenen. In der Anamnese fand sich aber auch noch ein zweites Motiv für diese Symptome. Die Patientin hatte ihren alten Vater, der an einem Blasenleiden schwer erkrankt war, gepflegt. Wegen dieser Pflege gab es häufig Streit zwischen den Eheleuten. Dieser Streit wurde so ernst, daß die Patientin schließlich im Stillen wünschte, ihr Vater solle doch sterben. Nachdem ihr Vater nun gestorben war, besserte sich jedoch die Beziehung zu ihrem Mann nicht. Der Tod des Vaters war also in ihrer Vorstellung umsonst gewesen. Wegen ihrer geäußerten Todeswünsche fühlte sich sich schuldig am Tod ihres Vaters. Deshalb hatte die Patientin ein Strafbedürfnis entwickelt und sie strafte sich gleichsam mit dem gleichen Leiden, an dem ihr Vater gestorben war.

Als eine andere Ursache für Pollakisurie wird Nervosität angesehen. Man geht davon aus, daß sich bei nervösen Menschen der Detrusor der Blase häufig schon bei sehr geringer

Blasenfüllung kontrahiert. Als eine andere recht häufige Ursache wird der Koitus interruptus angeführt, der aufgrund der Hyperämie der Genitalien eine Pollakisurie zur Folge haben kann. Sehr häufig finden sich diese Pollakisurien bei nervösen Patienten. Die Patienten klagen darüber, daß sie stündlich oder noch häufiger Harndrang verspüren, dem sie sofort nachgeben müssen, wenn sie nicht Gefahr laufen wollen, einzunässen. Die entleerte Harnmenge ist immer gering. Eine Steigerung der Gesamttagesmenge an Urin ist auch nicht feststellbar. Es tritt ein auffälliger Wechsel in der Heftigkeit der Beschwerden auf. Arbeit, Unterhaltung oder Lesen kann dazu führen, daß der Harndrang zwei oder drei Stunden ausbleibt. Erleben die Patienten jedoch etwas Mißliches, stellt sich dann sofort wieder Harndrang ein. In bestimmten Situationen, z.B. bei einer Versammlung, Theaterveranstaltung oder in Gesellschaft, leiden die Patienten besonders. Der Patient kann ja aus Gründen des gesellschaftlichen Anstandes nicht sofort jedem Harndrang nachgeben. Folge ist dann, daß er noch mehr vom Harndrang geplagt wird und das Leiden dann so quälend ist, daß die Patienten schließlich auf eine Teilnahme an irgendwelchen gesellschaftlichen Veranstaltungen verzichten. Die Beschwerden können sich nun so steigern, daß der Blasentonus andauernd so stark gesteigert ist, daß es zu einer richtigen Verminderung der Blasenkapazität kommt. Im cytoskopischen Bild zeigt sich dann eine deutliche Trabekelbildung. Unter Umständen entwickelt sich eine solche Heftigkeit und Häufigkeit dieses nervösen Harndrangs, daß die Patienten nicht mehr in der Lage sind, ihren Harn zu halten, bis sie eine Toilette aufgesucht haben. Sie müssen ihn dann gegen ihren Willen vorzeitig abgehen lassen. Wenn sie Glück haben, entweichen ihnen nur einige Tropfen, es kann aber geschehen, daß der Harn in großen Mengen plötzlich abgeht. Dieses Geschehen nennt man dann einen "nervösen Harndurchbruch" (WILDBOLZ 1959).

VAN der HEIDE (1941) schildert in einer Arbeit die Analyse einer 23 Jahre alten Patientin mit Pollakisuria nervosa. Diese junge Frau litt vor allem immer dann an dem Bedürfnis Wasser zu lassen, wenn sie von zu Hause weg war. Sie befand sich dann immer in einem sehr unangenehmen Zustand von Spannung. Sie wartete darauf, daß das Bedürfnis Wasser zu lassen, akut auftreten würde und auf den Moment, in dem sie gezwungen sein würde hinauszugehen. Die Harnmenge, die sie dann ließ, war recht klein. Trotzdem hatte sie dann manchmal noch einige Minuten zu warten, bis es ihr möglich war, Wasser zu lassen. Ihre Pollakisurie bestand seit dem 16. Lebensjahr. Zuvor hatte sie lange Zeit an hysterischem Erbrechen gelitten. Anamnestisch konnte festgestellt werden, daß sie ihre erste Regelblutung im Alter von 13 Jahren hatte. Sie war von ihrer Mutter darauf gut vorbereitet worden, doch für sie war es nichts desto trotz eine schreckliche Sache. Nie hatte sie daran gedacht, daß ihr das geschehen könnte. Sie glaubte sogar, sie würde sich zu Tode bluten und schrie nach ihrer Mutter. Daraufhin stoppte die Menstruation für ein halbes Jahr. Später war sie unregelmäßig. Der häufige Drang Wasser zu lassen, trat, wie sich in der Therapie herausstellte, auf, als Sexualität für sie als Heranwachsende zu einer Konfliktquelle wurde. Bei ihr fand sich ein intensiver Neid in Bezug auf die männliche Harnfunktion. Sie wünschte, ein männliches Organ zu besitzen. Gleichzeitig fand sich aber auch Angst davor bei ihr. Die Rivalitätsgefühle waren jedoch nicht auf Männer beschränkt. Sie fanden sich ebenso in Bezug auf Frauen. Gleichzeitig fand sich auch der Wunsch bei ihr in einem positiven Sinne etwas herzugeben. All dies fand nun seinen unbewußten Ausdruck in der Pollakisurie, wenn auch auf einer masochistischen Art und Weise. Der dringende Wunsch Wasser zu lassen, war von sexueller Erregung begleitet, gleichzeitig konnte sie darin auch ihrem Ärger Ausdruck verleihen. Es läßt sich also zusammenfassend sagen, daß der Pollakisurie bei dieser Patientin die Bedeutung einer unbewußten Abwehr sexueller Wünsche zukommt.

DATES (1958) weist darauf hin, daß sich in vermehrtem Harndrang und in vermehrter Harnfrequenz auch Affekte von Angst, Wut und Aggression manifestieren können.

Fallbeispiele:

Patient mit vermehrtem Harndrang. Der Patient hatte immer Angst, er könne jemanden verletzen. Er befand sich in einer Situation von großem Stress. Die Harnsymptome spiegeln nun die Affekte in Bezug auf seine Aggressionen und seine Angst wieder.

Patient mit vermehrter Harnfrequenz. Dieser Patient hatte Angst um seine Mannbarkeit. Die Harnsymptome sind affektiver Ausdruck seiner Wut und Angst hinsichtlich seiner Gefühle von Impotenz.

Anhand einer experimentellen Studie an 26 Untersuchungspersonen stellten STRAUB et al. (1949) fest, daß Störungen der Blasenfunktion ohne organische Ursache in Zusammenhang mit Lebenssituationen, die einen starken emotionalen Stress hervorrufen, auftreten können. So tritt vor allem eine vesikale Überfunktion verbunden mit Harnfrequenzsteigerungen in Lebenssituationen mit ernsthaften Persönlichkeitskonflikten auf.

28 Jahre alter Mann mit folgenden Beschwerden:Harnfrequenzsteigerung, vermehrtem Harndrang, starker Ermüdung und Erschöpfung. Dieser Patient leidet ebenfalls seit 2 1/2 Jahren an Ejaculatio praecox. Dadurch ist er unfähig, den Geschlechtsverkehr durchzuführen. Immer war er eine scheue gespannte Person. Bis zum Alter von 7 Jahren litt er an Enuresis. Aufgrund kontinuierlicher Streitigkeiten zwischen den Eltern hatte er eine sehr unglückliche Kindheit durchlebt. Gegen seine Eltern ist der Patient sehr feindselig eingestellt.

Eine Harnfrequenzsteigerung kann aber bei solchen Patienten auch mit Harnverhaltungen alternieren. STRAUB et al. beschreiben einen solchen interessanten Fall.

34 Jahre alte Patientin mit Harnfrequenzsteigerung und vermehrtem Harndrang seit 5 Jahren. Es stellte sich heraus, daß die Patientin seit der Kindheit eng an ihren Vater gebunden war. Ihre Mutter war aus der Vater-Tochter-Beziehung

immer ausgestoßen gewesen. Sie verglich andauernd andere Männer mit ihrem Vater. Dabei schnitten diese immer schlecht ab. Viel Wert legte sie auf Kleidung und hatte regelrecht ein Vergnügen daran, Männer auf sich aufmerksam zu machen. Ernsthaft interessiert war sie jedoch eigentlich nie an diesen Männern. Nachdem ihr Vater gestorben war, wandte sie ihre ganze Aufmerksamkeit ihrer Mutter zu. Jetzt fühlte sie sich dazu verpflichtet, ihre Mutter zu unterstützen und war zutiefst davon überzeugt, daß sie aus diesem Grunde niemals heiraten könne. Die Harnfrequenzsteigerung und der vermehrte Harndrang traten bei ihr immer in Situationen von Frustration und Verärgerung auf. Die Patientin entwickelte auch einmal eine Harnverhaltung in einer Situation, in denen Gefühle von Überwältigtwerden auftraten. In dieser Situation hatte sie Angst davor, sexuell überwältigt zu werden. Die Patientin war eine wenig gespannte und oberflächlich recht freundliche Frau, die offen und kokett in ihrem Wesen war. Ihre frühere sehr ernsthafte Beziehung zu ihrem Vater dürfte einen engen Bezug zu ihrer Unfähigkeit, eine reife sexuelle Beziehung zu entwickeln oder überhaupt ein positives Gefühl für einen Mann aufzubringen, haben. Eine Beziehung zwischen ihren Symptomen und ihrer Lebenssituation verneinte sie.
In diesem Falle treten sowohl vermehrter Harndrang und Frequenzsteigerung als auch Harnverhaltung auf. Drang und Frequenzsteigerung treten bei dieser Patientin in Situationen von Verärgerung und Frustration auf, Harnverhaltung in einer Situation, als diese gefährlich zu werden und aus den eigenen Händen zu gleiten scheint.

4.3.2 Exkurs: Polyurie

Eine Pollakisurie kann auch durch eine Polyurie bedingt sein. Das stark vermehrte Bedürfnis Wasser zu lassen, stellt sich aufgrund verstärkter Ausscheidung von Harn über die Nieren ein.

Beim Säugling kann Polyurie durch eine Wasserintoxikation verursacht sein. DUGAN und HOLLIDAY (1967) beschreiben zwei Fälle. Inwieweit zu diesem Krankheitsbild mütterliches Fehlverhalten beigetragen hat, konnte nicht genau festgestellt werden. Es stellte sich jedoch heraus, daß beiden Müttern gesagt worden war, sie sollten darauf achten, daß die Kinder einen dünnen klaren Urin hätten. Bei einem dieser Fälle war feststellbar, daß die Mutter die Säuglingsnahrung falsch zubereitet hat.

CRUMPACKER und KRIEL (1973) beschreiben den Fall eines 4 Monate alten Knabens mit Wasserintoxikation. Die Anamnese ergab, daß die Familie ein geringes Einkommen hatte. Richtige Säuglingsnahrung war zu teuer. Deshalb gab die Mutter dem Baby 10 bis 12 Flaschen am Tag. Diese waren aber zur Hälfte mit Milch und zur anderen Hälfte mit Wasser gefüllt. Die Mutter berichtete, der Knabe hätte die Flaschen begierig geleert. Vor allem die Flaschen mit dem Wasser. Insgesamt hätte sie 2 bis 4 Dutzend Windeln am Tag verbraucht. Der Grund, aus welchem der Knabe so viel Flüssigkeit zu sich genommen hat, erklärt sich wohl daher, daß er sehr großen Hunger gehabt haben muß.

Die exzessive Aufnahme von Flüssigkeit kann ferner in einer psychischen Störung ihren Grund haben. LINSHAW et al. (1974) berichten von drei Kindern mit den Beschwerden Polydipsie und Polyurie. Es stellte sich heraus,daß die Eltern dieser Kinder eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung entwickelt hatten. Zu einem gestörten Umgang mit dem Kind kann es kommen, wenn die Eltern selbst Probleme haben oder sich in sozialen Schwierigkeiten befinden. Hatten die Kinder Angst,

so reagierten diese Eltern nicht wie andere Eltern. Sie versuchten ihre Kinder nicht zu trösten, sondern sie griffen zu einer Flasche mit Flüssigkeit, d.h. zu einem Modus oraler Befriedigung. Erkennen die Eltern und/oder das Kind, daß ein Gefühl von Wohlsein durch kontinuierliches Trinken erreicht werden kann, so wird dem Kind in einem exzessiven Maße Flüssigkeit gegeben. Es wird somit Flüssigkeit anstelle von elterlicher Fürsorge gegeben. Die physiologische Manifestation einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung ist dann die Polyurie. Man kann sagen, daß diese Form von vermehrtem Wassertrinken als eine psycho-soziale Störung anzusehen ist. Die Kinder nehmen so viel Flüssigkeit auf, weil sie Hunger haben, Hunger nach Nahrung bzw. Hunger nach emotionaler Zuwendung.

Polyurie kann auch durch eine psychogene Polydipsie verursacht werden. So gibt es Patienten, die übermäßigen Durst entwickeln können. Diese Patienten leiden an ernsten psychischen Spannungen und an Angst. Bei diesen Patienten handelt es sich zumeist um Neurotiker, die aufgrund psychischer Spannung einen trockenen Mund haben. Ihre einzige Form von Erholung ist übermäßige Flüssigkeitsaufnahme (GREEN und DEAN 1954). Es entwickelt sich ein Durstgefühl, das dann eine übermäßige Flüssigkeitsaufnahme zur Folge hat. Der Durst ist immer groß und aus der daraus resultierenden übermäßigen Flüssigkeitsaufnahme resultiert dann die Ausscheidung von großen Harnmengen. Zumeist sind sich diese Patienten gar nicht darüber bewußt, daß diese Aufnahme von Flüssigkeit in einer solchen Menge anormal ist (SMITH 1964).

Psychogene Polydipsie ist ein ungewöhnliches Symptom. SUNDSTRÖM (1975/76) vertritt die Ansicht, daß der physiologische Mechanismus, der ein vermehrtes Durstgefühl und als Folge davon vermehrte Flüssigkeitsaufnahme fördert, noch unklar ist. Er glaubt jedoch, daß es durch Angst oder körperliche Spannung zu einer Trockenheit im Bereich des Mundes kommt, die das Durstgefühl fördert. Von organischer

Seite scheint bei der Entstehung des vermehrten Durstgefühls hauptsächlich das Durstzentrum im lateralen Hypothalamus eine große Rolle zu spielen. Die psychische Seite scheint verständlicher, kann sich doch emotionale Unzufriedenheit im Durstgefühl ausdrücken. Ein Circulus vitiosus ist geschlossen, wenn das Symptom, d.h. die vermehrte Flüssigkeitsaufnahme, hilft, die innere Angst zu beseitigen und der Patient in Form von Aufmerksamkeit und Zuwendung, z.B. durch Untersuchungen und Krankenhausaufenthalt, einen sekundären Krankheitsgewinn erfährt. Nach SUNDSTRÖM kommt psychogene Polydipsie zumeist bei Frauen vor, vor allem in der Menopause, aber auch schon in der Aduleszenz. Insgesamt zeigen die Patienten neurotische Züge seit der Kindheit.

Fallbeispiel:

15 Jahre alter Knabe. Er war ein sensibler Tagträumer. Während der Therapie kreisten seine Gedanken vor allem um Episoden, in denen er von seinem Vater verspottet wurde. Während der Therapie erzählte er dann schließlich, daß es an einem Tag einmal zu Hause große Streitigkeiten gegeben hatte. An diesem Tag kam er nun in das elterliche Schlafzimmer und sah wie die Eltern Geschlechtsverkehr hatten. Kurz danach entwickelte er die Symptome. In diesem Fall von psychogener Polydipsie handelt es sich um ein Konversionssymptom.

Es kann auch vorkommen, daß Patienten davon überzeugt sind, daß es sich bei Urin um eine dreckige Sache handele. Deshalb glauben sie, den Urin aus Nieren und Blase ausspülen zu müssen. Aus diesem Grunde trinken sie außerordentlich viel Wasser. Der vermehrte Harndrang ist dann physiologisch, die Ursache für die Polydipsie jedoch nicht (SMITH und AUERBACK 1960). Häufig werden die Patienten durch ihre Mütter veranlaßt, große Mengen von Flüssigkeit zu sich zu nehmen, da diese der Ansicht sind, Harn sei mit Stuhl vergleichbar. Diese Mütter glauben, Harn sei etwas Dreckiges, und deshalb sei es für das Kind notwendig, große Mengen von Flüssigkeit zu trinken, um die Nieren zu reinigen (SMITH 1964).

Dieses psychogene bzw. zwanghafte Wassertrinken kann man als exzessiven Genuß von Flüssigkeit infolge psychischer Störung definieren.

Zumeist variiert die Menge an Flüssigkeit, die von den Patienten zu sich genommen wird von Stunde zu Stunde oder auch von Tag zu Tag. So variiert auch die ausgeschiedene Urinmenge von Tag zu Tag, die Menge reicht von 2 bis 5 Litern pro Tag, bis zu 13 oder 20 Litern. (BARLOW und De WARDENER 1959). Bei den Patienten, die an dieser Erkrankung leiden, finden sich Perioden von Remissionen in der Anamnese, die über Monate oder noch länger andauern können (De WARDENER 1960).

In einer Untersuchung von 9 Patienten, 7 Frauen und 2 Männern konnte festgestellt werden, daß diese Patienten schon in der Kindheit neurotische Züge aufwiesen (BARLOW und De WARDENER 1959). Bei sieben der Patienten fand sich eine ausführliche psychiatrische Anamnese. Keiner der Patienten konnte ein zufriedenes bzw. ein zufriedenstellendes Sexualleben aufweisen. Die Patientinnen litten an Menstruationsstörungen seit der Pubertät und hatten schon vielfältige gynäkologische Operationen über sich ergehen lassen. Zwar waren 6 Patienten verheiratet, jedoch hatten sie in ihren Ehen viele unglückliche und beschwerliche Zeiten durchgemacht. Die Patienten hatten auch schon oft geschiedene Ehen hinter sich. Das durchschnittliche Lebensalter der Patienten reichte vom 48. bis zum 59. Lebensjahr. Die Dauer der Symptomatik reichte von 4 Monaten bis zu 20 Jahren.
Die Patienten zeigten ein enthaltsames Verhalten. Jedoch rauchten einige sehr stark. Ferner suchten sie mehr oder weniger häufig Kliniken, sowohl wegen psychischer Störungen als auch wegen organischer Erkrankungen auf. Von den 9 Patienten gaben 8 in ihrer Anamnese die verschiedensten psychischen Störungen an: Hysterische Episoden, wahnhafte Hypochondrie und Depression. Das Auftreten erster Symptome war zeitlich nur noch sehr schlecht festzustellen. Bei einigen traten die Symptome während der Menopause auf, während einer Wahnerkrankung in einer depressiven Periode oder während häus-

lichen Stresses. Bei einem Patienten war das zwanghafte Wassertrinken als eine hysterische Konvulsion anzusehen. So weisen die psychischen Störungen bei psychogener bzw. zwanghafter Polydipsie eine große Bandbreite auf. Sie reichen von Wahnerkrankung, Depression oder Agitiertheit bis zu hysterischem Verhalten. De WARDENER (1960) unterstreicht noch einmal, daß vor allem Frauen in der Menopause von dieser Erkrankung betroffen sind. Ebenso sind hysterische Episoden bei diesen Patienten häufig zu finden. Oft ist in vielen Fällen die psychische Auffälligkeit so groß, daß die Diagnose zwanghafte bzw. psychogene Polydipsie von Anfang an evident ist.

LEIKEN und CAPLAN (1967) beschreiben den Fall eines 18 Jahre alten Mannes, der über Kopfschmerzen, starken Durst und häufiges Wasserlassen klagte. Aufgrund des intensiven Durstgefühls litt er an Schlaflosigkeit. Die Familienanamnese ergab, daß seine Mutter 10 Jahre zuvor ein ähnliches Krankheitsbild zeigte. Eine Diabetes insipidus war diagnostiziert worden.
Der Patient war der jüngste von drei Jungen. Die Beziehungen innerhalb der Familie waren nicht gerade gut. Seine Mutter hielt die Familie in passiver Abhängigkeit. Der Patient hatte sich sein Leben lang eng an seine Mutter gebunden und war von ihr übermäßig geschützt worden. Er neigte dazu, passiv und scheu zu sein. Auseinandersetzung oder Kampf mied er. Die Symptome entwickelten sich, nachdem er zum Militärdienst eingezogen worden war. Bis zu diesem Zeitpunkt war es dem Patienten gelungen, eine irgendwie symbiotische Beziehung mit seiner Mutter über den Weg der Identifikation mit einigen ihrer Persönlichkeitszüge aufrechtzuerhalten, vor allem mit ihren passiv-abhängigen Charakterstrukturanteilen. Seine Symptomatik entwickelte sich erst da, als durch äußere Einflüsse die symbiotische Beziehung auseinanderzubrechen schien. Der Wunsch des Einsseins mit der Mutter war durch den Militärdienst in eine ernsthafte Gefahr geraten. Er war nicht mehr

länger wie seine Mutter, sondern jetzt wollte er seine Mutter sein. So entwickelte er eine ähnliche Erkrankung wie die der Mutter. Sie litt an Diabetes insipidus, er jetzt an psychogener Polydipsie. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich dieser Fall von psychogener Polydipsie als Ausdruck der Überidentifikation des Patienten mit seiner Mutter, nachdem die symbiotische Beziehung des Patienten zu seiner Mutter durch den Militärdienst in Gefahr geraten war, interpretieren läßt.

CHAPDELAINE und LANTHIER beschrieben 1963 zwei weitere Fälle von zwanghafter Polydypsie. Bei einem dieser Patienten, einem 47 Jahre alten Mann war die Polydipsie Symptom einer Angstneurose.

Zwei weitere Fälle mit Polydipsie beschrieben STEVKO et al. (1968). In dieser Arbeit vertraten sie die Ansicht, man solle anstelle des Begriffs der "psychogenen Polydipsie" besser den Begriff der "primären Polydipsie" gebrauchen. Primäre Polydipsie bedeutet, daß man die Polydipsie in eine psychogene bzw. in eine neurogene unterteilen kann. Die Polydipsie ist ja auch Resultat sowohl von physiologischen als auch von psychischen Faktoren. So kann dann auch eine primäre Polydipsie entweder aus psychischen Gründen oder aufgrund einer organischen Hirnerkrankung auftreten. STEVKO macht diese Unterteilung, da seine beiden Patienten eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems aufweisen, von der bekannt ist, daß sie einen Diabetes insipidus verursachen kann. Jeder der beiden Patienten hat jedoch normal konzentrierten Urin und einen normalen ADH Blutspiegel. Dies ist die organische Seite. Von psychischer Seite her zeigen die Kinder starke Abhängigkeit und passiv-aggressive Persönlichkeitszüge. Bei beiden konnte also ein gemeinsamer emotionaler Hintergrund festgestellt werden.

Fallbeispiele

1. 10 Jahre alter Junge. Er wurde schon im Alter von 3 Jahren einmal wegen Polydipsie und Polyurie hospitalisiert. Die Ehe seiner Eltern war sehr disharmonisch. Oft kam es zu körperlichen Auseinandersetzungen in Gegenwart des Patienten. Der Patient selber war ein scheues und zurückgezogenes Kind. Seine Sprache war zumeist unverständlich. Er schien nicht auf Fragen zu hören. Seine Antworten, wenn er welche gab, waren einfach und korrekt. Während des Klinikaufenthaltes kam es zu Episoden von Inkontinenz. Der Patient versuchte ferner Aufmerksamkeit zu erreichen und körperlichen Kontakt zu bekommen. Er lächtelte selten und schien sehr ängstlich. Es konnte keine organische Erkrankung gefunden werden. Offensichtlich war die Retardation des Patienten eine funktionelle.

2. 12 Jahre alter Junge. Er nahm große Mengen von Flüssigkeit zu sich. 6 bis 7 Mal in der Nacht war er enuretisch. Die Diagnose einer zwanghaften Polydipsie wurde gestellt. Anamnestisch konnte festgestellt werden, daß die Familienverhältnisse des Patienten chaotisch waren. Es gab aggressive Auseinandersetzungen. Die Schwester des Patienten war ebenfalls enuretisch. Man lebte in der Familie nach dem Motto: Jeder für sich selbst. Die Mutter war eine distanzierte und stolze Frau. Der Patient selbst war reserviert, zurückhaltend, zeigte geringe Aktivität und hatte eine negativistische Haltung. Insgesamt kann man sagen, daß er passiv-aggressive Persönlichkeitszüge aufwies.

STEVKO et al. waren sich ferner darüber im klaren, daß Kinder mit psychogener bzw. mit zwanghafter Polydipsie eine gewisse psychodynamische Ähnlichkeit mit Kindern mit psychogener Hyperphagie haben dürften. Die enge Verbindung zur Adipositas zeigt die Kombination oben beschriebener Persönlichkeitszüge mit exzessiver oraler Zufuhr. Auch ist der Zwang, Wasser zu sich zu nehmen, nicht ohne Bedeutung. Er kann als Ersatz oder Symbol gebraucht werden. Die exzessive Flüssigkeitsaufnahme kann nämlich ein Bedürfnis nach Liebe und Verständnis bedeuten, nach dem Motto: Befriedigt bitte meinen emotionalen Durst.

Eine präzise Ursache für die Erkrankung der beiden Kinder kann nicht angegeben werden. Beide Kinder hatten jedoch adipöse Mütter und sie dürften ebenso wie diese adipös geworden sein, wäre ihre Psychodynamik nicht durch eine organische Erkrankung verändert worden. Folge war, daß vermehrte Nahrungsaufnahme durch vermehrte Flüssigkeitszufuhr ersetzt wurde. Es ist aber nochmals festzustellen, daß der exzessive Durst bei diesen Patienten nicht alleine durch psychogene Faktoren zu erklären ist.

DEUTSCH (1933) beschreibt die Analyse einer Patientin, die vor allem an dem zwanghaften Wunsch, Flüssigkeit zu sich zu nehmen, litt. Diese Patientin entwickelte genau vor dem ersten Auftreten ihrer Menstruation einen sog. "Wasserhunger" Kurze Zeit zuvor war sie von einem Landwirt verführt worden, dessen Magd sie war. Seit diesem Ereignis litt sie an diesem unstillbaren Durst. Sie nahm bis zu 16 Litern Wasser am Tage zu sich. Eine entsprechend große Menge Urin schied sie täglich aus. Plötzlich wurde sie jedoch von einer Harnretention befallen und mußte katheterisiert werden. Sie nahm jedoch von Anfang an keine Notiz von ihrer Unfähigkeit Wasser zu lassen. In der Analyse stellte sich dann heraus, daß die Vergrößerung der Harnblase aufgrund der Retention mit der kontinuierlichen Entwicklung einer Schwangerschaft gleichgesetzt wurde. Als es dann zur Menstruation kam, verschwanden diese Wünsche und Phantasien. Auch der exzessive Durst ging zurück. Für eine Zeit verschwand er komplett. Kurze Zeit später wurde sie wirklich schwanger.

Bei dieser Patientin sind also die Symptome Manifestation der unbewußten Phantasie einer urethralen Schwangerschaft.

4.4 Das Harnstottern

Synonyme: Dysuria psychica, Dysuria nervosa, stammering of the bladder, bégaiement urinaire (FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL 1899, WEISZ 1909, CASPER 1923, CHRISTOFFEL 1955)

CHRISTOFFEL (1955) definiert raschen Wechsel von dranghafter Miktion und plötzlichen Miktionsstop als Harnstottern bzw. als Dysuria psychica. Damit wird die Unfähigkeit, den Urin an entsprechender Stelle, wenn ein Dritter anwesend ist, auf einmal oder überhaupt abgehen zu lassen, bezeichnet. Der Harn wird also entweder nur fraktioniert ausgeschieden oder es entwickelt sich eine Harnverhaltung. FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL (1899) definieren die Dysuria psychica bzw. nervosa als Schwierigkeit, die Blase zu entleeren, obwohl sich kein anatomisches Hindernis finden läßt. Zu dieser Form psychischer Retention kommt es bei Patienten aufgrund einer krampfartigen Kontraktion der Muskeln an der Blasenmündung, d.h. aufgrund eines Sphinkterkrampfes (vgl. CASPER 1923).

Bei ganz normalen Menschen kann es schon einmal vorkommen, daß sie unter ganz bestimmten Bedingungen keinen Tropfen Harn von sich gehen lassen können. Dann kann es sich um eine Retardation des Harnstrahls handeln, so z.B. bei Menschen, die fürchten, daß sie beim Miktionsakt überrascht werden, wenn sie an einem Ort, wo es nicht angebracht oder sogar verboten ist, Wasser lassen sollen (vgl. auch WEISZ 1909). Oft ist es auch Patienten in Anwesenheit eines Arztes nicht möglich, Wasser für eine Urinuntersuchung zu lassen. Wenn man diese Patienten alleine läßt, ist eine Miktion ohne die geringsten Beschwerden möglich. Andere Patienten können darüber klagen, daß sie zu Beginn einer Miktion lange warten müssen, ehe ein erster Tropfen Urin abgeht. All diese Symptome leichteren Grades kann man mit einer Dysuria psychica gleichsetzen.

Patienten, die an Dysuria psychica leiden und denen es nicht möglich ist, in einer öffentlichen Bedürfnisanstalt Wasser zu lassen, wenn jemand neben ihnen steht und zu ihnen herschaut, untersuchte SADGER im Jahre 1910. Bei diesen Patienten konnte er eine verstärkte Erogenität der Harnwege und des Urins aufgrund konstitutioneller Faktoren feststellen. Ihm war nun bekannt, daß bei Säuglingen Lustgefühle während des Miktionsaktes auftreten können, daß aber bei diesen auch schon ein Bedürfnis nach Harnretention feststellbar ist. In der Dysuria psychica sieht nun SADGER eine Fortsetzung der frühkindlichen Harnretention aufgrund erhöhter Erogenität des Harnapparates. Bei diesen Patienten findet sich ferner ein innerpsychischer Konflikt, der zwischen der erogenen Funktion der Urethra und deren physiologischer Leistung, nämlich der Entleerung von Harn, besteht. In der Dysuria psychica kann sich nämlich die Angst des Patienten, sich zu blamieren, und nicht Wasser lassen zu können, manifestieren. Hinter dieser Furcht, sich zu blamieren, kann aber auch der Wunsch stehen, sich zu blamieren, dann können nämlich andere helfend eingreifen.

STUTZIN und WARNER (1928) gehen davon aus, daß die Unfähigkeit, trotz gefüllter Harnblase in Gegenwart anderer Menschen Wasser zu lassen, bei vielen Patienten durch Schamhaftigkeit bedingt sein kann, die das Wasserlassen hemmt. In Schamhaftigkeit oder Angst sieht auch GALANT (1924) eine mögliche Ursache für ein solches Versagen. Ebenso vertritt WILDBOLZ (1959) die Ansicht, daß in der Scheu, beim Miktionsakt beobachtet werden zu können, die Ursache für eine Harnverhaltung in Gegenwart Dritter liegen kann.

So schildern auch AUERBACK und SMITH (1952) die Patienten, die an Schwierigkeiten beim Wasserlassen auf öffentlichen Toiletten leiden, als scheue, zurückgezogene und selbstunsichere Menschen, die auch eine beachtliche Sexualangst aufweisen.

Ebenso konnten GREEN und DEAN (1954) feststellen, daß bei extrem scheuen Menschen diese Miktionsschwierigkeiten nicht ungewöhnlich sind. Dabei weisen sie nochmals darauf hin, daß sich die Miktionsstörungen verschieden gestalten können. Die Patienten können Schwierigkeiten haben mit der Miktion zu beginnen, einen konstanten Harnfluß aufrecht zu erhalten oder es kann auch zu einem plötzlichen Stocken der Miktion kommen. Diese Miktionsschwierigkeiten können aber auch bei Menschen auftreten, die unter extremen emotionalen Spannungen stehen. Dann sind diese so unduldsam und ärgerlich, daß es ihnen nicht möglich ist, sich zu entspannen, um den Miktionsakt zu beginnen.

Auch ROWAN (1975) stützt die Ansicht, daß es sich bei den Patienten, die nicht auf öffentlichen Toiletten Wasser lassen können, hauptsächlich um scheue, ängstliche Menschen handelt. Daß dieses Symptom mehr bei Männern auftritt führt er auf die Tatsache zurück, daß diese ja bei der Miktion zumeist an einem Becken stehen, während Frauen beim Wasserlassen sitzen.

Fallbeispiel:

26 Jahre alter Mann, der sehr ängstlich war. Er war unfähig, in Gegenwart anderer Wasser zu lassen. Dies ging so weit, daß er unfähig war, über Nacht bei seiner Freundin zu bleiben, wodurch die Beziehung zu ihr in Gefahr geriet.

WILDBOLZ (1959) weist darauf hin, daß sich bei nervösen Menschen aufgrund eines während des Miktionsaktes bestehenden teilweisen Krampfes des Harnröhrenschließmuskels auch die Form des Harnstrahls verändern kann. So kommt es dann zu einem ganz dünnen Harnstrahl, der sogar unter Umständen kurzfristig unterbrochen werden kann. Es handelt sich dann um eine sog. "spastische Striktur".

Weil bei Patienten die Beschwerden häufig nur dann auftreten, wenn sie nicht in ihrer gewohnten Umgebung sind, sprechen JAMMES et al. (1975) von einer "scheuen Blase".

Die Unfähigkeit in Gegenwart anderer Wasser zu lassen, kann auch durch eine spezifische Situation hervorgerufen worden sein. So beschreiben RAY und MORPHY (1975) den Fall eines 26 Jahre alten Mannes, dessen einziges Symptom es ist, daß er unfähig ist, in Gegenwart anderer Wasser zu lassen. In diesem Symptom sehen sie eine psychophysiologische Störung, die durch eine spezifische Situation hervorgerufen wurde. Seine Mutter hatte ihm nämlich eingeschärft, niemals in das Badezimmer zu kommen, wenn sie gerade Wasser lassen würde. Er hatte daraufhin sein Leben so eingerichtet, daß auch er immer alleine Wasser lassen konnte. Aus diesem Grunde führte er auch ein zurückgezogenes Leben.

Ferner gibt es auch Fälle von Harnverhaltung, die nur unter ganz bestimmten Umständen und Bedingungen lösbar sind:

50 Jahre alter Mann, der über Jahrzehnte an kompletten Harnverhaltungen litt, die nur unter ganz bestimmten Umständen manchmal lösbar waren. Die Retentionen stellten sich als Parallelerscheinungen seiner Impotenz heraus. Beide waren gleichzeitig aufgetreten. Dieser Patient konnte nur bei geschlossenen Jalousien, verriegelter Tür und absoluter Ruhe Wasser lassen (SCHWARZ 1922).

Ein Patient konnte nur, wenn er ganz alleine in seiner Wohnung war, Wasser lassen. Auch an seinem Arbeitsplatz konnte er normalerweise nur vor Arbeitsbeginn oder nach Arbeitsschluß Wasser lassen, dann nämlich, wenn keine Kollegen mehr in dem Gebäude waren (WILDBOLZ 1959).

Einen weiteren interessanten Fall beschreiben GATES und WEINBERGER (1955):

31 Jahre alter Patient, der über ein prickelndes Gefühl am ganzen Körper und über Herzklopfen klagte. Das Herzklopfen verstärkte sich vor allem beim Wasserlassen. Noch mehr verstärkten sich aber die Beschwerden, wenn er auf einer öffentlichen Toilette Wasser lassen mußte. Dort hatte er immer Schwierigkeiten mit dem Wasserlassen zu beginnen. Er litt ferner an einer Ejaculatio retardata. Insgesamt betrachtet war der Patient eine scheue und selbstunsichere Persönlichkeit. Während der psychiatrischen Therapie stellte sich nun heraus, daß der Patient davon überzeugt war, daß sein Körper einmal verletzt worden war. Diese Vorstellung agierte er in der Miktionsstörung und in der Ejaculatio retardata aus.

Für diese Störung schlagen GATES und WEINBERGER den Begriff der "organgebundenen Psychose" vor. Bei solchen Patienten werden Beschwerden durch einen gestörten oder verletzten Teil des Körpers oder durch geschädigte Organe angegeben. Die Vorstellung, ein Organ sei geschädigt, erreicht bei diesen Patienten eine solche Intensität, die eine solche Festigkeit entwickelt, daß man sie mit einer Wahnbildung vergleichen kann. Mit diesem Begriff der "organgebundenen Psychose" werden also Zustände beschrieben, in denen das Ich ein Organ, bzw. Organe und ihre Funktion benutzt, um Angst zu binden und zu meistern.

4.5 Harninkontinenz

FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL (1899) definieren Harninkontinenz als vom Willen unabhängigen Abfluß von Urin, tropfenweise oder im Strahl. Sie unterscheiden eine "wahre Inkontinenz", die nach ihrer Definition Abgang von Harn unabhängig vom Harndrang ist. Um eine "falsche Inkontinenz" handelt es sich, wenn aufgrund eines pathologisch gesteigerten Harndranges unmittelbar nach dem Harndrang der Abgang von Urin erfolgt. Dabei kann es zum Einnässen in die Kleider kommen. Im Laufe der Zeit haben sich jedoch noch andere Inkontinenzformen herauskristallisiert.

4.5.1 Stressinkontinenz

Sehr häufig klagen Frauen in der gynäkologischen oder urologischen Praxis über Inkontinenz (WILDBOLZ 1959, ALKEN und STAEHLER 1973, HOHENFELLNER et al. 1973). Zumeist geht man davon aus, daß diese Patientinnen an einer Stressinkontinenz leiden, die oft bei Multipara auftritt (HOHENFELLNER et al. 1973, HODGKINSON 1978). Bei ungefähr 5 % aller Frauen ist eine komplette Harnkontinenz in der zweiten Lebenshälfte nicht mehr vorhanden. Da es sich bei diesen Patientinnen, die unterschiedlich stark unfreiwillig Harn verlieren, zumeist um Multipara handelt, geht man davon aus, daß Entbindungen zu einer Schwächung der Beckenbodenmuskulatur geführt haben (ALKEN und STAEHLER 1973, vgl. auch WILDBOLZ 1959). Man stellt sich vor, daß durch diese Schwächung der Beckenbodenmuskulatur der normale Harnröhrenwiderstand verlorengeht (HOHENFELLNER et al. 1973), bzw., daß es zu einer Schwäche des Blasenschließmuskels kommt (WILDBOLZ 1959). Bei der Stressinkontinenz liegt also die Störung im Sphinktermechanismus der Urethra, während die Funktion des Detrusormuskels ungestört ist (JEFFCOATE und FRANCIS 1966). Aufgrund dieser anatomischen Veränderungen kann ein plötzlich auftretender physikalischer Stress, z.B. körperliche Be-

lastung, Husten, Lachen oder Niesen (WILDBOLZ 1959, ALKEN und STAEHLER 1973, GREEN 1975), einen plötzlichen Anstieg des intraabdominalen Druckes erzeugen. Dieser intraabdominale Druckanstieg überträgt sich passiv auf Blase und Urethra und hat infolge der Urethralverschlußinsuffizienz eine "anatomische" Stressinkontinenz zur Folge. Dabei geht in einem kurzen Moment eine kleine Menge Harns verloren (GREEN 1975). Der Harn kann in kleinen Spritzern unwillkürlich abgehen oder aber im Gehen oder Stehen ständig abträufeln (WILDBOLZ 1959). Gewöhnlich findet sich bei dieser Form der Inkontinenz der Mensch, wenn der Harn abgeht, in einer aufrechten Position (HODGKINSON et al. 1963). Nur in diesen Fällen, wenn eine Harninkontinenz infolge einer Urethralverschlußinsuffizienz vorliegt, ist eine operative Therapie indiziert und erfolgversprechend (HEIDENREICH et al. 1975). Harninkontinenz kann auch durch psychische Faktoren beeinflußt werden. So kann psychische Aufregung eine Harninkontinenz wesentlich verschlimmern (WILDBOLZ 1959).

Eine sog. "anatomische" Stressinkontinenz ist jedoch nicht alleinige Ursache für Inkontinenzbeschwerden bei Frauen. Ein großer Teil der Patientinnen leidet an einem durch verschiedene Faktoren und Einflüsse gestörten Kontinenzmechanismus. Bei diesen Formen bewirken Operationen, die dazu dienen, eine anatomische Stressinkontinenz zu korrigieren, nichts. Sie können sogar noch die Beschwerden verstärken. Deshalb ist eine sorgfältige Differentialdiagnose bei Inkontinenzbeschwerden von so großer Bedeutung (GREEN 1975).

4.5.2 Psychogene Harninkontinenz

1932 stellt SCHWARZ in einer Arbeit ausdrücklich fest, daß es bei Inkontinenzbeschwerden zwei grundverschiedene Formen gibt, die man grundsätzlich unterscheiden muß. Bei der einen Form verliert die Blase aufgrund der Unterfunktion des Sphinkters Harn. Es handelt sich hierbei um die anatomische Stressinkontinenz. Bei der anderen Form, dem sog. "Harndurchbruch", entleert der Patient bei normaler Sphinkterfunktion

die Blase. Diese Blasenentleerung geschieht jedoch unbewußt. Der Patient näßt also infolge unbewußten Urinierens ein. Bei dieser zweiten Form von Inkontinenz handelt es sich somit um eine psychogene Inkontinenz. Diese psychogene Inkontinenz ist Resultat einer unbewußten, ungeordneten Detrusoraktion (GREEN 1975).

1899 beschreibt schon BECHTEREW zwei interessante Fälle von möglicher psychogener Harninkontinenz. Zwei Patienten leiden immer, wenn sie unwillkürlich lachen müssen, an unfreiwilliger Harnentleerung. Sie sind dann nicht mehr in der Lage, den Urin zurückzuhalten. Bei diesen Patienten ist die Blasenfunktion sonst normal, und die Inkontinenz tritt nicht unter anderen Bedingungen auf. BECHTEREW glaubt nun, daß sich bei psychischen Bedingungen, die sich im Lachen äußern und die denen vergleichbar sind, die bei Inkontinenz infolge heftigen Erschreckens oder beim Weinen auftreten, eine unfreiwillige Harnentleerung einstellt. Auch STUTZIN und WARNER (1928) weisen darauf hin, daß starkes Lachen oder gar Lachkrämpfe besonders bei Frauen eine Inkontinenz verursachen können. Die Betroffenen "machen sich naß vor Lachen". STUTZIN und WARNER geben auch in diesem Zusammenhang zu bedenken, daß der Miktionsakt nicht nur ein einfacher mechanischer Entleerungsakt ist, sondern auch eine enge Beziehung zum Sexualakt besitzt.

Fallbeispiele:

40 Jahre alte Patientin mit Inkontinenzbeschwerden. Bei Berührung durch ihren Ehemann empfindet die Patientin ein starkes Ekelgefühl. Nach Wiederaufnahme der ehelichen sexuellen Beziehungen, die die Patientin als sehr quälend erlebte, traten die Inkontinenzbeschwerden auf.

25 Jahre alte Frau mit Inkontinenzbeschwerden. Kurz nachdem die Patientin entbunden hatte, traten die Inkontinenzbeschwerden unmittelbar nach Wiederaufnahme der sexuellen Beziehungen zu ihrem Mann auf. Sie entwickelte Aversionen gegen ihren Ehemann. Es traten auch Schmerzen beim Koitus auf. Nachdem der Wunsch nach einem Kind erfüllt war, und sie sich voll auf das Kind konzentrieren konnte, war der Rest einer höchstwahrscheinlich schon geringen Libido vertrieben. Die mit Sicherheit schon vorher vorhandenen Abneigungsgefühle gegen Geschlechtsverkehr konnten jetzt ungehindert frei werden.

Einen weiteren interessanten Fall beschreibt BARINBAUM (1932).

38 Jahre alte kinderlose Patientin mit Descensus und Prolaps der vorderen Vaginalwand. Inkontinenzbeschwerden bei klarem Urin. Die Patientin näßt schon seit dem 7. Lebensjahr ein. Die Inkontinenzbeschwerden treten auf, wenn die Patientin mit ihrem Ehemann über einen Straßendamm geht und dann mit ihm nicht Schritt halten kann, oder wenn sie mit ihm Arm in Arm gehen will oder soll und schließlich beim Liebesspiel, das dem Koitus vorausgeht. Es stellt sich heraus, daß die Patientin eine Totgeburt hatte, wodurch sie dann so enttäuscht war, daß sie danach Geschlechtsverkehr ablehnte. Wenn sie einmal einen Geschlechtsverkehr zuließ, empfand sie bei der Kohabitatio keinen Orgasmus. Die Patientin scheint sich unbewußt vom Genitalprimat ihrer Sexualität abgewandt zu haben und auf einen infantil-sexuellen Mechanismus und dabei zu einem infantilen Liebesobjekt regrediert zu sein. Eine solche Regression hatte schon einmal in der Kindheit stattgefunden. Einmal wurde sie von ihrem Vater geschlagen, und sie empfand die Züchtigung als eine sexuelle Handlung. Darauf reagierte sie aber nicht genital, sondern urethral. Sie urinierte und dadurch, daß sie urinierte, zog sie aus einer sexuellen Quelle Lust, die nur einem Säugling adäquat ist. Nach der Totgebut wurde ihr Ehemann unbewußt zum Vater. Eine Verbindung mit ihm ist nun, wie in der Kindheit, wegen Inzest verboten. Alles, was nun in seiner Symbolik an Intimität mit dem Vater erinnert, wird jetzt als solche angesehen. Dabei gerät die Patientin in eine infantile sexuelle Erregung. Sie läßt Urin durch die Harnröhre austreten und genießt die Lust der Urethralerotik.

ISRAEL (1932) vertritt nun die Ansicht, daß es sich bei Fällen von psychogener Inkontinenz um eine Form von psychogenen Enuresisfällen handelt. Handelt es sich doch bei psychogener Inkontinenz um eine Form von selbständiger, unvollständiger Miktion, die unbewußt vonstatten geht, und an der der Detrusor beteiligt ist, während bei einer Inkontinenz aufgrund einer Sphinkterschwäche der Harn passiv abgeht und eine Detrusorkontraktion fehlt.
Aus diesem Grunde sieht er sich berechtigt, solche Fälle von psychogener Inkontinenz mit Beteiligung des Detrusors als eine Form von Enuresis anzusehen. Sehr interessant ist in diesem Zusammenhang, daß GREEN (1975) in seiner Arbeit bemerkt, daß sich oft ähnliche Umstände bei psychogener Harninkontinenz finden, die denen bei Enuresis von Kindern sehr ähnlich sind.

ISRAEL weist in der selben Arbeit darauf hin, daß unwillkürlicher Harnabgang auch noch als Teilerscheinung eines typischen Symptomkomlexes auftreten kann. Dieser Symptomkomplex von "nervösen Beschwerden im Bereich des Beckens" entsteht unter dem Einfluß körperlicher und seelischer Belastungen. Die Männer und Frauen, die an dieser Erkrankung leiden, sind zumeist hypochondrisch, oft haben sie eine Krankheit oder eine langandauernde Therapie am Urogenitalsystem durchgemacht und glauben, daß die Erkrankung vielleicht noch nicht ausgeheilt ist, oder daß der Urogenitaltrakt geschädigt ist. Andere haben Angst vor Krankheiten, vor allem vor Geschlechtskrankheiten. Auf diese Art und Weise wird zumeist psychisch der Sitz der Bescherden bestimmt. Die Symptome dieses Krankheitsbildes sind: häufiger und gebieterischer Harndrang, sowohl tagsüber als auch nachts, Brennen bei und nach der Miktion sowie erschwerte Harnentleerung. Ferner bei Frauen Brennen in der Scheide und bei Männern Kribbeln oder Jucken in der Harnröhre. In einem kleinen Teil der Fälle findet sich unwillkürlicher Harnabgang, ohne daß ein Harndrang empfunden wird. Oft tritt der unwillkürliche Harnabgang zu bestimmten Tageszeiten auf. Wie bei der psychogenen Inkontinenz, handelt es sich bei diesem Typ von Inkontinenz aus denselben Gründen, wie oben genannt, nach ISRAEL um eine Form von Enuresis.

Weitere Fälle von psychogener Harninkontinenz ohne organische Ursache werden von TURNER und BORS (1963) beschrieben. Bei diesen Patienten lassen sich anamnestisch die auslösenden Situationen für das psychische Trauma feststellen. So entwickelt z.B. eine Patientin kurz nach einem Verkehrsunfall mit einem PKW eine Harninkontinenz. Kommt sie nun in die Nähe eines Wagens, so verliert sie die Kontrolle über ihre Blase bzw. über ihren Urin und näßt ein.

Psychogene Harninkontinenz im Sinne eines unfreiwilligen Verlustes von Urin bei einer unbewußten Miktionsleistung ist jedoch sehr selten. Sie macht nur eine ganz kleine Patientengruppe aus, die neben der Hauptgruppe der Patienten mit Stressinkontinenz über einen anormalen Urinabgang klagt.

4.5.3 Urge-Inkontinenz und Detrusor-Inkontinenz bei Detrusordyssynergie

Eine weitere Gruppe von Patienten mit unwillkürlichem Harnabgang leidet an Urge-Inkontinenz. ANGELL (1969) definiert Urge-Inkontinenz als Unfähigkeit, den Austritt von Urin zu verhindern, wenn sich Harndrang einstellt. Den Wunsch Wasser zu lassen, kann man dann nur für einige kurze Momente unterdrücken, ohne daß dabei dann extreme Beschwerden auftreten (vgl. hierzu auch KOLLE 1970). Mit dem unvermeidbaren Harndrang ist eine Harnfrequenzsteigerung zumeist verbunden (s. auch GREEN 1975). Bei diesem Krankheitsbild funktioniert der Sphinktermechanismus normal, die Detrusorfunktion bzw. ihre Kontrolle durch das Nervensystem ist jedoch gestört (JEFFCOATE und FRANCIS 1966).
Bei diesem Krankheitsbild geht man davon aus, daß es einen psychosomatischen Hintergrund besitzt (SILAGY 1952, JEFFCOATE und FRANCIS 1966, FREWEN 1972 und 1978, GREEN 1975, STONE und JUDD 1978). Zumeist soll die Urge-Inkontinenz bei Patientinnen mit rein psychosomatischem Hintergrund rezidivierend und in Intervallen während Perioden psychosozialen und umweltbedingten Stresses auftreten (GREEN 1975).

JEFFCOATE und FRANCIS (1966) gehen in ihrer Studie von der These aus, daß es sich bei der Urge-Inkontinenz um eine funktionelle oder psychogene Erkrankung handelt. Psychische Störungen, aber auch Angst- und Spannungszustände, können zu einer Funktionsstörung des Detrusors führen. Sie untersuchten 300 Frauen, deren Altershäufung zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr lag. In 246 Fällen, d.h. in 82 % der Fälle, konnten sie keine organische Ursache feststellen. Sie kamen zu dem Schluß, daß es sich bei der Urge-Inkontinenz um eine funktionelle Blasenstörung handeln muß. Bei 150 Patientinnen konnten sie ein psychisches Ereignis oder einen Umweltfaktor feststellen, die sie als Ursache für die Genese der Urge-Inkontinenz ansehen konnten. All

diese Patientinnen waren sehr ängstlich, oft waren sie schon aus geringem Anlaß verunsichert, und die meisten neigten dazu, introspektiv zu sein. Einige von diesen Frauen waren haltlose Nagelkauer, andere konnten sich niemals entspannen, arbeiteten unnötigerweise viele Stunden oder waren zu Hause Perfektionisten. Die meisten von diesen Frauen klagten über Einsamkeit und Unsicherheit, andere erlebten sich als chronische Dulder. Als Ursache für die nervösen Spannungen wurde zumeist Krankheit des Ehemannes oder eines Kindes, sowie Grausamkeit, Alkoholismus oder Kriminalität des Ehemannes oder auch Ehekonflikte angegeben. Die spezifischen Ereignisse bzw. die psychosozialen und umweltbedingten Faktoren, die einen Bezug auf das erstmalige Auftreten der Inkontinenzbeschwerden haben, werden von JEFFCOATE und FRANCIS wie folgt angegeben: postoperative Harnverhaltung und Cystitis, Tod des Ehemannes, Krankheiten und Unfälle unter Einschluß enger Verwandter und vor allem Ehekonflikte. Oft geben die Patientinnen einen unüberwindbaren Widerwillen gegen ehelichen Verkehr an. Ferner klagen sie über verschiedene andere körperliche Beschwerden, wie nervöse oder körperliche Erschöpfung, Kopfschmerzen, Atemlosigkeit, Brustschmerzen, leichte Verwirrbarkeit und leichte Depression. Auch konnte sehr häufig anamnestisch festgestellt werden, daß die Patientinnen in ihrer Kindheit oder während der Adoleszenz an Enuresis gelitten haben. JEFFCOATE und FRANCIS fragen sich aus diesen Gründen heraus, ob nicht die Urge-Inkontinenz eine ähnliche Genese wie die Enuresis der Kinder besitzt. Da es sich bei der Urge-Inkontinenz um eine Manifestation von nervösen Spannungen aufgrund von Persönlichkeitsstörungen oder unglücklichen Ereignissen zu handeln scheint, empfehlen JEFFCOATE und FRANCIS eine psychiatrisch-erzieherische Therapie.

Viele der Patienten mit Urge-Inkontinenz weisen eine instabile Blasenfunktion (unstable bladder) auf, sonst aber keine urologischen oder neurologischen Besonderheiten (RAMSDEN et al. 1976). Diese instabile Blasenfunktion ist auf eine Detrusorinstabilität zurückzuführen. 80 % der Patienten mit

dem Symptom einer Urge-Inkontinenz gehören nach FREWEN (1978) in diese Gruppe. FREWEN geht sogar davon aus, daß ungefähr ein Viertel aller Fälle von Inkontinenz bei Frauen eine instabile Blasenfunktion als Ursache haben. Auch FREWEN unterstreicht die große Rolle, die emotionale Faktoren bei der Urge-Inkontinenz spielen. Sie sollen eine Störung im vegetativen Nervensystem erzeugen. Resultat sind dann hyperaktive und hyperirritable Blasenmuskeln. Dabei geht die normale physiologische Funktion verloren. Die meisten der Patientinnen können ein unglückliches Ereignis oder Erlebnis mit dem erstmaligen Auftreten der Symptome verbinden. Die Bedeutung dieser Situationen kann verschieden sein. So kann es der Tod des Ehemannes oder eines Kindes sein, es kann aber auch irgendein triviales Ereignis sein. Die Symptomatik kann sich langsam entwickeln, aber auch abrupt auftreten. Durch das Auftreten der Inkontinenz werden oft die sozialen Aktivitäten der Patientinnen ernsthaft beschnitten. Zumeist sind von der Urge-Inkontinenz Frauen im Alter zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr betroffen. Dies ist eine Altersgruppe, in der normalerweise psychische Störungen in Verbindung mit der Menopause auftreten (s. auch HERTZ und MOLINSKI 1980). Bei einigen Patientinnen kann man feststellen, daß die Urge-Inkontinenz schon seit drei Generationen in der Familie besteht. In solchen Familien wird scheinbar der Lebensweg der Frauen an der mütterlichen Inkontinenz orientiert. In seiner Arbeit unterstreicht FREWEN ausdrücklich, daß aufgrund der psychosomatischen Genese anamnestisch sehr viel Wert auf die Familiengeschichte, den persönlichen Werdegang der Patienten, den sozialen und umweltbedingten Lebensweg, die Lebensweise und das Sexualverhalten gelegt werden soll.

GREEN (1975) vertritt in seiner Arbeit die Ansicht, daß Urge-Inkontinenz zumeist durch eine Detrusordyssynergie hervorgerufen werden kann. Synonyme für Detrusordyssynergie

sind auch Detrusorirritabilität oder Detrusorinstabilität. Bei einer Detrusordyssynergie kommt es zu einer plötzlichen, unwillentlichen, ungehinderten Detrusormuskelaktivität. Sie soll nach GREEN die zweite Hauptursache neben der Stressinkontinenz für Inkontinenzbeschwerden bei Frauen sein. HODGKINSON et al. beschrieben 1963 diese dyssynergische Detrusordysfunktion, die sie mittels direkter Urethrocystometrie feststellen konnten. Durch dyssynergische Wellen von Detrusorkontraktionen kommt es bei Patientinnen in horizontaler bzw. aufrechter Lage zum Abgang von Urin. Der Harnabfluß ist dabei kontinuierlich, zumeist nur für eine kurze Periode. Diese dyssynergische Inkontinenz kann häufig mit Stressinkontinenz verwechselt werden, und dies umso mehr, als GREEN feststellt, daß Patienten mit einem Detrusordyssynergiesyndrom oft auch ein Symptomelement einer Stressinkontinenz jedoch ohne anatomische Veränderungen aufweisen kann. Er nennt dies eine sog. "Pseudo-Stressinkontinenzsymptomatik". In diesem Fall kann dann ein plötzlicher physikalischer Stress, so z.B. ein plötzlicher Anstieg des intraabdominalen Druckes, eine ungehinderte Detrusorkontraktion erzeugen. Folge ist dann ein plötzliches Wasserlassen, wobei Urin in großen Mengen ausgeschieden wird. Bei diesem Pseudo-Stressinkontinenztyp muß man jedoch beachten, daß die Detrusorinkontinenz nach dem Stress 10-20 Sekunden braucht, bis sie auftritt. Bei der wahren Stressinkontinenz tritt im Gegensatz dazu die Inkontinenz gleichzeitig mit dem Stress auf. Häufig findet sich auch bei der Pseudo-Stressinkontinenz das Fehlen eines Harndrangs. Eine Pseudostressinkontinenz kann in jeder Körperposition auftreten. Sie folgt oft auf einen Wechsel der Position. Ferner kann sie beim Treppensteigen, Gehen, Laufen, Joggen oder wenn die Patienten auf unebenem Boden gerüttelt werden, auftreten. Husten, Lachen oder Niesen fördert ihr Auftreten weniger. GREEN glaubt, daß 10 % aller Patienten mit Inkontinenzbeschwerden an Detrusordyssynergie leiden, und daß wiederum die Hälfte von diesen Frauen an funktioneller Stressinkontinenz ohne anatomische

Grundlage leiden. Ferner vertritt er die Ansicht, daß Inkontinenz bei Detrusordyssynergie in 50 bis 80 % der Fälle psychosomatischer, funktioneller Art ist. Er glaubt, daß sie von der Genese her vielleicht dem spastischen bzw. irritablen Colon ähnlich sein könnte. In der hyperirritablen Detrusoraktivität sieht er zumeist eine Manifestation eines Angstzustandes, der oft schon von langer Dauer ist, und manchmal bis in die frühe Kindheit zurückreichen kann. Hysterische Persönlichkeitsstrukturen oder auch Depressionen finden sich bei diesen Frauen häufig.

Auch STONE und JUDD (1978) verweisen in ihrer Arbeit darauf, daß signifikante, psychogene Faktoren im Zusammenhang mit chronischer Harninkontinenz bei Frauen gut bekannt sind. Sie gehen davon aus, daß es sich bei der chronischen Harninkontinenz um ein komplexes Phänomen handelt, an dem multiple Faktoren, vor allem auch psychische, ursächlich beteiligt sind. Das Konzept der dyssynergischen Detrusordysfunktion übersetzen sie mit instabiler Blase ("unstable bladder"). In einer gynäkologisch-urologischen Klinik untersuchten sie 18 Patientinnen mit chronischer Harninkontinenz vom Urge-Inkontinenztyp oder mit Detrusordyssynergiesyndrom psychiatrisch. 15 von den 18 Patientinnen waren im Alter zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr. Alle von diesen 15 Patientinnen waren Multipara, 11 waren hysterektomiert. 3 der Frauen litten in der Kindheit an Enuresis.

Die Untersuchung ergab, daß bei allen 18 Patientinnen die Lebenssituation durch ernste Probleme gekennzeichnet war. 15 der Patientinnen hatten erreichbare Sexualpartner, doch die Patientinnen gaben an, daß sie aufgrund ihrer Harnsymptomatik keinen Geschlechtsverkehr vollziehen könnten. Bei 17 Patientinnen fand sich ferner eine chronische Depression, die mit situativen Problemen verbunden war. Diesen Frauen half eine medikamentöse Therapie nicht, da die Depression ihre Wurzel in situativen Bedingtheiten hatte und nicht in biologischen. Die chronische Depression ließ sich bei

diesen Frauen leicht erkennen, obwohl chronisch depressive Patientinnen gelernt haben, eine emotionale Wand aufzubauen. Sie scheinen dann oberflächlich froh, glücklich und lächeln. Aber dieses Bild ist gerade typisch für eine chronische Depression. Eine akut depressive Patientin hat noch nicht lange genug damit gelebt, um ihre Depressivität verdecken zu können. 10 der Frauen klagten auch noch über funktionelle Symptome an anderen Organsystemen, einer sog. "polysystemischen" Somatisierung von Angst" bei hysterischer Persönlichkeitsstruktur. Diese Frauen klagten vor allem über Kopfschmerzen, gastrointestinale Symptome und Rückenschmerzen.
STONE und JUDD konnten in ihrer Arbeit somit drei wichtige psychiatrische Kennzeichen bei Harninkontinenz feststellen:
1. ernste, konflikthafte Lebenssituation,
2. chronische Depression und
3. hysterische Persönlichkeitszüge.

MOLINSKI (1978 und 1983) geht sogar davon aus, daß sich am häufigsten Harninkontinenz ohne organischen Befund bei Patientinnen mit lavierter Depression bzw. verleugneter Depression findet. Diese Patientinnen leiden oft auch noch an Unterleibsschmerzen ohne Organbefund oder an dysfunktionellen Blutungen. Diese beiden Symptome treten ebenfalls oft bei verleugneter Depression auf und bei manchen Frauen mit verleugneter Depression findet sich sogar diese Symptomtrias. MOLINSKI sieht in der Harninkontinenz ein Korrelat zu dem Affekt, der mit der Verleugnung der Depression einherhergeht, weniger zu dem depressiven Affekt selber.

In zwei Studien wurde bei Patientinnen mit Inkontinenzbeschwerden das Sexualverhalten untersucht. In der einen wurden 103 Patientinnen untersucht (SUTHERST 1979). Vor allem Frauen mit Blaseninstabilität klagten über sexuelle Dysfunktionen. Der Geschlechtsverkehr fand bei diesen Frauen weniger häufig statt. Die Gründe für die reduzierte Häufigkeit waren Dyspareunie, Abgang von Urin während des Koitus, Einnässen bei Nacht, andauerndes Bedürfnis nach Bindenschutz,

gesenkte Libido, Depression oder Verwirrtheit, eheliche Schwierigkeiten oder das Bedürfnis nach getrennten Betten. Nach dieser Arbeit neigen Frauen mit Blaseninstabilität scheinbar mehr dazu an Dyspareunie zu leiden als andere Patientinnen. Es kommt oft bei diesen Patientinnen zum Einnässen vor und während des Geschlechtsverkehrs. In der anderen Arbeit wurden 208 Patientinnen mit Inkontinenzbeschwerden untersucht (SUTHERS und BROWN 1980). In dieser Arbeit konnte ebenfalls festgestellt werden, daß auch in diesem Kollektiv Patientinnen mit Blaseninstabilität mehr an sexuellen Dysfunktionen leiden als Patientinnen mit reiner Stressinkontinenz. 60 % von 65 Frauen mit Detrusorinstabilität weisen Sexualprobleme im Gegensatz zu 29 % von 72 Frauen mit Stressinkontinenz auf. In diesen Arbeiten konnte aber nicht exakt untersucht werden, ob sexuelle Probleme einen Einfluß auf die Genese der Harninkontinenz besitzen. Die meisten der Frauen waren jedoch der Ansicht, daß Harninkontinenz die Ursache und nicht das Ergebnis der gestörten Sexualität ist (SUTHERS 1979). Vielleicht wollten sie aber nur glauben, daß es so ist.

4.5.4 Inkontinenz und Affekt

SCHWARTZ und STANTON untersuchten im Jahre 1950 die situativen Gegebenheiten, in denen es bei Patientinnen zu Inkontinenz kommt. Dabei konnten sie feststellen, daß die Inkontinenz in Situationen auftritt, in denen der Patient abgelehnt oder zurückgewiesen wird, ferner in Situationen, in denen sich ein Patient verlassen fühlt, nicht an der Interaktion der anderen teilnehmen kann oder seine Bedürfnisse nicht anerkannt oder vernachlässigt werden, auch in Situationen der Isolierung oder in Situationen, in denen sich der Patient herabgesetzt fühlt und sein Selbstwertgefühl verletzt wird, letztlich Situationen, in denen Angst auftritt. Die Inkontinenz dient nun unbewußt dazu, die Angst zu eliminieren, einen neuen Focus für die Aufmerksamkeit zu schaffen und ein Bedürfnis nach Sicherheit auszudrücken.

MOLINSKI (1983) stellt fest, daß Frauen mit Inkontinenzbeschwerden ohne Organbefund oft in ihrer Hingabefähigkeit gestört sind. Sie können sich nicht der jeweiligen Situation hingeben, sie können sich ihr nicht überlassen. Sie klagen dann über Verspannungen seelischer oder körperlicher Art. Werden jedoch einmal in entsprechender Situation,- häufig findet sich dies beim Geschlechtsverkehr -,Hingabeimpulse mobilisiert, müssen diese aufgrund der Hemmung und der Angst abgewehrt werden. Der gehemmte Hingabeimpuls kann dann nicht psychisch abgeführt werden und kann sich unter Umständen in einer Harninkontinenz manifestieren. Zum anderen kann sich aber auch in einer Harninkontinenz ein verleugneter, unbewußter, ärgerlicher Affekt manifestieren. Kennt man doch die frühkindliche Vorstellung, daß das Urinieren eine mörderische, zerstörerische Wirkung besitzt (vgl. ABRAHAM 1920). Bei diesen Patientinnen ist das Erleben von Aggression und Wut psychisch eng mit dem Wasserlassen verbunden.

Fallbeispiel

48 Jahre alte Frau mit seit 2 Jahren bestehender Harninkontinenz ohne Organbefund. Typisch für diese Patientin ist, daß sie von ihrem Mann herabsetzend spricht und versteckte aggressive Äußerungen von sich gibt. Sie glaubt aber, daß sie frei von allem Ärger ist. Während der Therapie wird ihr der Ärger auf ihren Mann immer mehr bewußt. Daraufhin ist die Patientin dann tageweise symptomfrei. Bei dieser Frau hat also unbewußter tief verdrängter Ärger, der auf ihren Ehemann gerichtet ist, zu Harninkontinenz geführt. Schließlich stellt sich heraus, daß die Ursache ihrer Wut darin besteht, daß ihr Mann die Tochter der Patientin, die aus erster Ehe stammt, aus dem elterlichen Haus herausgeworfen hat.

4.5.5 Erster Exkurs: Die Angst vor dem Harndrang und der Inkontinenz und die Folgen

Es ist eine altbekannte Erfahrung, daß man schon einmal bei halb gefüllter Blase den dringenden Wunsch hat, Wasser zu lassen und dies nur aus dem Grund heraus, weil man denkt oder weiß, daß eine Miktion im Moment unmöglich ist, oder daß die Bedingungen sehr schwierig sein würden. Auf eine ähnliche Art und Weise kann sich auch unter Umständen eine Harninkontinenz selber perpetuieren. Erlebt nämlich ein Mensch einmal das Mißgeschick eines unwillentlichen Harnabgangs, während er z.B. in einer Veranstaltung lacht, so kann sich daraus die Furcht entwickeln, in der Öffentlichkeit zu lachen. Diese Furcht oder Angst vor der Inkontinenz kann aber dann förderlich sein, daß sich noch einmal ein unwillkürlicher Harnabgang einstellt. Geht dann wirklich ein zweites Mal, wenn der Betroffene lacht, unwillkürlich Harn ab, dann kann der Betroffene die Überzeugung entwickeln, daß er, immer wenn er lacht, keine Kontrolle mehr über seine Blase ausüben kann. So kann unter Umständen die Angst vor der Inkontinenz die Entwicklung einer Inkontinenz nachgeradezu fördern.

Es können aber auch noch andere Verhaltensmuster daraus resultieren. So beschreibt LESHNEW (1928) den Fall einer Patientin, die während einer Konsultation alle 5 Minuten auf die Toilette eilt. Nachdem sich die Patientin schließlich beruhigt hat, erzählt sie, daß sie vor 10 Jahren in einem erregten Zustand den Harn nicht mehr hat halten können. Seit dieser Zeit fürchtet sie, es könne wieder geschehen, und deshalb eilt sie jetzt immer, wenn sie eine gewisse Aufregung oder Erregung verspürt, zur Toilette. Zu Hause bleibt sie dann so lange auf dem Nachtgeschirr sitzen, bis sie glaubt, sich beruhigt zu haben.

Die Angst davor, daß man die Kontrolle über die Blase, wenn man zu lange warten würde, verlieren könnte,treibt viele Patienten häufig schon bei geringer Blasenfüllung in die Toilette. (ANGELL 1969).

Die Angst vor dem Harndrang, d.h. die Angst vom Harndrang in Situationen befallen zu werden, wo vielleicht eine Harn-

entleerung aus äußeren Gründen unmöglich ist, kann soweit gehen, daß Patienten jede öffentliche Tätigkeit scheuen (FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL 1899).

4.5.6 Zweiter Exkurs: Harnträufeln

Vom Harnträufeln spricht man dann, wenn ein kontinuierlicher oder intermittierender Abgang von Urin in Tropfen oder kleinen Mengen vorliegt (FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL 1899). Der willentliche Einfluß auf den Sphinkter ist auch beim Harnträufeln weitgehend verlorengegangen. Nach Operationen, bei sog. "Blasenerkältungen", und in Verbindung mit einer Pollakisurie kann dieses Symptom bei unauffälligem organischen Befund auftreten (KLEINSORGE 1961). CHRISTOFFEL (1955) berichtet von Pollakisurie in Form von Harntröpfeln. Diese Beschwerden findet er im Zusammenhang mit Frauen, die, fixiert auf der phallischen Entwicklungsstufe, vaginal gesperrt und nachgerade psychosexuell zwittrig, auf Klitorislust angewiesen sind.

4.5.7 Dritter Exkurs: Nachträufeln

Oft findet sich Nachträufeln von Urin bei nervösen Menschen, die den Miktionsakt, in dem sie den Schließmuskel einfach kontrahieren, viel zu frühzeitig beendet haben, ohne daß die Blase sich ganz entleeren konnte (WILDBOLZ 1959). Zumeist findet sich dieses psychisch bedingte Nachträufeln bei abgehetzten und übererregbaren Menschen (KLEINSORGE 1961).

4.5.8 Vierter Exkurs: Harndrang und genitale Lust

Bei vaginal unterempfindlichen Frauen kann es schon einmal vorkommen, daß es bei ihnen zu Beginn des Höhepunktes beim Geschlechtsverkehr zu einer Ausstoßung von Harn kommt. Dieses Geschehen wird als "Harnorgasmus" bezeichnet. Durch die Abführung sexueller Erregung über die Harnwege mittels Ausstoßung eines Harnputsches gelangen diese Frauen dann doch noch zu ihrem Höhepunkt (CHRISTOFFEL 1955, KLEINSORGE 1961). Einen interessanten Fall schildert ROWAN (1975). Eine 22 Jahre alte

Patientin läßt während des Geschlechtsverkehrs plötzlich Wasser. Es stellt sich heraus, daß diese Frau gemischte Gefühle in Bezug auf den Mann, mit dem sie zusammenlebt, entwickelt hat. Dieser beschuldigt sie nun wegen ihrer Symptome, mit denen sie Sexualität aus dem Wege ginge.

Genitale Lust kann auch von peinlichem Harndrang abgelöst werden (CHRISTOFFEL 1955). Der folgende Fall schildert den engen Zusammenhang von Genital- und Harnapparat.

30 Jahre alte Frau, Mutter dreier Kinder, die frigide ist und die sich durch Klitorisonanie befriedigt. Während der Therapie konnte bei dieser Frau festgestellt werden, daß ein während des Geschlechtsverkehrs beginnender Orgasmus infolge plötzlichen Harndranges ohne entsprechende Blasenfüllung ausgelöscht und verdrängt wurde. Es stellte sich heraus, daß die Patientin als kleines Mädchen Vergnügen daran entwickelt hatte, sich mit offenem Höschen auf eine trockene Wiese zu setzen und Urin abgehen zu lassen. Dies schien ihr eine vollkommenere Art des Wasserlassens, als die bei Jungen, die beim Miktionsakt stehen müssen (CHRISTOFFEL 1934/35).

So weist auch SILAGY (1952) in seiner Arbeit darauf hin, daß der Miktionsdrang Ersatz für einen sexuellen Drang sein kann. Bei einigen Patientinnen scheint es nun so zu sein, daß die Erregung von der Klitoris und der Vagina einfach auf das urethrale Orificium der Blase verschoben wird. Die orgiastischen Kontraktionen erfährt dann der Blasensphinkter, nicht aber das Genitale. Wasserlassen und Miktionsakt sind dann Äquivalente für Orgasmus und Geschlechtsakt.

4.6 Psychogene Harnretention

Synonyme: Nervöse Harnretention, Retentio urinae und Harnverhaltung (FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL 1899).

FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL definieren die nervöse Harnretention als ein vom Willen unbeeinflußtes Zurückbleiben von Blaseninhalt,- entweder größerer Harnmengen oder auch des ganzen Blaseninhaltes -,aufgrund des Unvermögens der Patienten, Harn zu lassen.Bei einer Harnverhaltung muß man eine komplette von einer inkompletten unterscheiden (WILDBOLZ 1959). Bei einer kompletten Harnverhaltung wird kein Harn von den Patienten ausgeschieden; bei einer inkompletten, unvollständigen Harnverhaltung wird, stellt sich ein Miktionsbedürfnis ein, Harn zwar von den Patienten entleert, doch bleibt stets eine Restharnmenge unterschiedlichen Ausmaßes in der Blase zurück. Bei einer inkompletten Harnverhaltung bleibt oft das Gefühl einer vollen Blase bestehen (FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL 1899).

Früher ging man davon aus, daß Harnverhaltung sehr selten sei. EMMETT et al. stellten jedoch 1950 fest, daß komplette oder unvolltändige Harnverhaltung klinisch gar nicht so selten auftritt (vgl. auch RAZ und SMITH 1976). Als Ursache für dieses Geschehen wurde früher vor allen Dingen eine Blasenhalsobstruktion angesehen. Aber auch noch andere Möglichkeiten wurden diskutiert (BARRETT 1978). Häufigste therapeutische Maßnahme war zumeist eine chirurgische Resektion des Blasenhalses oder andere chirurgische Vorgehensweisen. Schließlich mußte man doch einsehen, daß sich eine Harnretention auch ohne erkennbare organische Ursache entwickeln kann (CHAPMAN 1959). Diese sog. "psychogene" Harnverhaltung hat eine große Bandbreite in ihrem Schweregrad. Sie reicht von episodischer akuter Retention, chronischer Retention bis zu Retention mit großem Residualurinvolumen (BARRETT 1978).

Aufgrund des großen Residualurinvolumens kann es dann auch zu rezidivierenden Harnwegsinfektionen kommen (BARRETT 1976).

Dieses Krankheitsbild der psychogenen Harnverhaltung tritt in überwiegender Mehrzahl bei Frauen auf (LARSON et al. 1963, MARGOLIS 1965, MESTER 1975, BARRETT 1978).

Die Harnretention wird deshalb als eine psychogene bezeichnet, weil folgende Befunde dafür sprechen:

1. keine organische Ursache kann gefunden werden.
2. Die Retention tritt häufig in Verbindung mit einem psychischen oder sozialen Trauma auf, wie z.B. Ehescheidung oder chirurgischer Eingriff.
3. Die Patienten mit diesen Beschwerden werden oft nach einer psychologischen oder psychiatrischen Untersuchung als psychotisch oder neurotisch bezeichnet werden (MARGOLIS 1965).

Zuweilen finden sich bei der Harnverhaltung Angst oder Zwangsvorstellungen sowie eheliche Konflikte und geschäftliche Probleme als psychische bzw. soziale Faktoren (STUTZIN 1927).

Bei der Entstehung der Retention geht man nun davon aus, daß sich aufgrund eines psychischen Ereignisses bzw. emotionalen Stresses ein Spasmus des Sphinktermuskels entwickelt (GREEN und DEAN 1954, ALLEN 1972, VOLLRATH 1979).

Bei all diesen Patienten ist es grundsätzlich indiziert, um eine organische Ursache auszuschließen, eine Kombination von internistischen, urologischen, neurologischen und psychiatrischer Untersuchungen durchzuführen (BARRETT 1978).

Es stellt sich nun die Frage, welche psychischen oder sozialen Faktoren bei der Entstehung einer Harnretention eine Rolle spielen können?
Von der hysterischen Natur der Harnretention bei Frauen wissen die Urologen schon seit Jahren (BARRETT 1976).

So geben schon FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL im Jahre 1899 an, daß eine komplette Harnverhaltung vor allem bei Hysterie (vgl. auch CASPER 1923) oder in Verbindung mit Neurasthenie auftritt. So kann auch Hysterie in der Kindheit im Sinne einer Konversionsneurose mit einer Harnretention einhergehen (MALMQUIST 1971).

Einen interessanten Fall einer hysterischen Harnverhaltung beschreibt RAIMIST im Jahre 1907.

16 Jahre alter Junge, ein Einzelkind. 1903 mußte dieser sich während der Judenverfolgung mit anderen seiner Glaubensgenossen in einem Keller für 3 Tage, ohne mit Flüssigkeit und Nahrung versehen zu sein, verstecken. Er versteckte sich dort in einem Faß, das er nur verließ, um manchmal durch einen kleinen Spalt auf das Treiben in der Straße hinauszusehen. Zuweilen hörte er annähernde Plünderer, was ihn dann in Todesangst versetzte. Der Patient gab an, während der ganzen 3 Tage weder geschlafen, noch Wasser gelassen, noch Stuhlgang gehabt zu haben. Nach einer Woche trat dann eine Lähmung der unteren Extremität auf. Ferner eine Gesichtsfeldeinschränkung an beiden Augen. Ein Jahr später entwickelte sich dann eine lang andauernde Harnretention.

Aufgrund all dieser Tatsachen geht RAIMIST davon aus, daß es sich bei diesen Beschwerden um hysterische Symptome handelt.

Im Jahre 1909 beschreibt WEISZ den Fall einer 39 Jahre alten Frau, die an Harnretention trotz großen Harndrangs litt. Bei der Patientin fanden sich weitere hysterische Symptome und WEISZ war der Ansicht, daß auch die Harnretention hysterischen Ursprungs sei. Einen weiteren Fall beschreibt EYRES (1912).
Den Fall einer 47 Jahre alten Patientin, die aufgrund des unbewußten infantilen Wunsches, von ihrem Vater geschwängert zu werden, eine Retentio urinae entwickelt, beschreibt WESTERMAN HOLSTIJN (1924). Der Schwangerschaftswunsch wird bei dieser Patientin durch die Blasensymptome symbolisiert.

Die 47 Jahre alte Patientin leidet seit 8 Jahren an einer Harnretention, aber auch an chronischer Obstipation. Die Patientin ist verheiratet, die Ehe ist jedoch nicht harmonisch. Bei Geschlechtsverkehr empfindet sie einen großen Widerwillen. Diesen Widerwillen hatte sie aber nicht während der Gravidität. In der Kindheit hatte sie enuretische Beschwerden und litt ferner an einem brennenden Gefühl im Bereich des Urethers. Diese Beschwerden hat sie jetzt auch noch. Aus der Therapie geht hervor, daß die Patientin, ließ sie einmal den Harn auf natürlichem Wege abfließen, dieses befreiende Gefühl mit dem Gefühl bei einer Entbindung gleichsetzte, denn dieses Gefühl hatte sie auch bei der durchgemachten Entbindung.

WESTERMANN HOLSTIJN geht nun davon aus, daß aufgrund der konfliktreichen Ehe infantile Konflikte bei der Patientin wieder aufbrachen und sie den unbewußten Wunsch entwickelte, von ihrem Vater geschwängert zu werden. Dabei symbolisiert dann die Harnretention eine Gradivität. Wie ein schwangerer Uterus liegt die gefüllte Harnblase im Bauch und gibt der Patientin die selben körperlichen Sensationen, wie bei einer echten Schwangerschaft.

1926 beschreibt VINER einen weiteren Fall:

25 Jahre alte Frau, die am Tag normalerweise nur ein- oder zweimal Wasser lassen muß. Sie leidet plötzlich an akuten abdominalen Schmerzen, einem geblähten Abdomen und der Unfähigkeit, Wasser zu lassen. Es stellt sich heraus, daß die Patientin an hartnäckiger urethraler und rektaler Retention leidet. Die Patientin erscheint unterernährt, bleich und unattraktiv. Sie scheint sehr depressiv. Bei dieser Patientin ist ein Fehlen der normalen Befriedigung festzustellen, sonst ist ihre Emotionalität normal.

VINER diagnostiziert eine hysterische Retention, da ihm bekannt ist, daß vor allem hysterische Frauen den Reiz einer vollen Blase oder eines vollen Rektums auf ihre Sexualorgane mögen. Einige diese Neurotikerinnen mögen aus demselben Grunde auch gerne vaginale oder urethrale Instrumentation.

Zwei weitere Fälle von Harnretention als hysterischem Konversionssymptom beschreiben NORDEN und FRIEDMAN (1961).

1. Fall: 17 Jahre alte Studentin, die über Harnfrequenzsteigerung und Stressinkontinenz klagt. Als sie 12 Jahre alt war, hatte sie für zwei Tage eine Harnverhaltung entwickelt und mußte deshalb katheterisiert werden. Die Harnretention trat in den nächsten Jahren episodisch immer wieder auf. Es stellte sich heraus, daß sie immer dann auftraten, wenn Konflikte in der Familie waren, oder sie persönliche Konflikte hatte. Zumeist gingen diese periodischen Harnretentionen nach einem Tag spontan zurück. Es stellte sich heraus, daß in der Familie eine große Anzahl der Familienmitglieder an Nierenerkrankungen litten. Beide Elternteile zeigten deshalb eine überbeschützende Haltung, um zu verhindern, daß ihre Tochter auch an den Nieren erkranken würde. Nach psychiatrischer Therapie ergab sich, daß die Unfähigkeit der Patientin, Wasser zu lassen, ein hysterisches Konversionssymptom darstellte. Das Zurückhalten von Harn ist hier als Abwehr gegen mißliche Situationen anzusehen, als eine Antwort auf immer wiederkehrenden Stress in einer unglücklichen häuslichen Situation.

2. Fall: 18 Jahre alte Studentin, die an Übelkeit, Schwindelgefühl und der Unfähigkeit, Wasser zu lassen, seit über 24 Stunden leidet. Die Anamnese ergibt, daß auf einer Party zwei Tage zuvor, Klassenkameradinnen von ihr ein Mittel zu sich genommen haben, an dem sie später aufgrund eines Nierenversagens starben. Eines der verstorbenen Mädchen ist die beste Freundin der Patintin gewesen. Die Symptomatik der Patientin trat sofort auf, nachdem sie von dem Ausgang der Party gehört hatte. Da die Patientin ein depressives und angstvolles Mädchen ist, handelt es sich höchstwahrscheinlich um eine Konversionsreaktion aufgrund dieser Ereignisse.

Sehr gut beschreibt ein Fallbeispiel von COOPER (1965) die Funktion von intermittierender Harnverhaltung bei hysterischer Persönlichkeitsstruktur.

50 Jahre alte, verheiratete Frau, die schon 7 Klinikaufenthalte wegen Depression in ihrer Anamnese aufwies. Die depressiven Episoden waren größtenteils reaktiver Natur. Sie wurden ausgelöst durch die gestörte Beziehung der Patientin zu ihrem Ehemann. Sie beschrieb ihn als intoleranten Mann, der unverschämt und zuweilen gewalttätig gegen sie war. Sie hatte schon öfters darüber nachgedacht, ihn zu verlassen. Die Beschwerden von seiten der intermittierenden Harnverhaltung bestanden schon seit 10 Jahren. Es stellte sich heraus, daß vor allem zwei Situationen eine Harnverhaltung hervorrufen können: 1. wenn die Patientin stürmischen Auseinandersetzungen mit ihrem Ehemann ausgesetzt ist und 2. während der Klinikaufenthalte kurz vor Wochenenden. Die Harnverhaltungen ermöglichen ihr dann, keinen Wochenendurlaub zu nehmen. Folge war dann, daß sie ihren Mann nicht zu treffen brauchte.

Das Symptom hat also die Funktion, die Patientin von einer gefürchteten und deshalb gemiedenen Situation fernzuhalten.

Ebenfalls stellt MESTER in seiner Arbeit 1975 fest, daß die Frauen, die an psychogener Harnverhaltung leiden, meist eine hysterische Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Männer, die an dieser Störung leiden, zeigen eher sensitive oder anankastische Züge. Die Störung dieser Frauen liegt nun in einer Hemmung phallischer, bzw. ödipaler Triebansprüche. Folge davon kann eine Kontaktbehinderung dem anderen Geschlecht gegenüber sein, hysterisches Gehabe kann auftreten und unter Umständen Frigidität. Auf einem solchen Boden kann sich dann eine Harnretention als organneurotische Manifestation der Persönlichkeitsstörung entwickeln. Vor allen Dingen ist auffällig, daß viele Frauen, die an Miktionsstörungen leiden, ebenfalls über Frigidität oder Vaginismus klagen. Geht man nun von der These aus, daß sexuelle Triebkonflikte eine bedeutende Rolle bei der Entstehung von Miktionsstörungen einnehmen, so lassen sich die Sexualstörungen leicht erklären. So leiden interessanterweise auch Männer mit psychogener Miktionsstörung zu einem Großteil an einer Hemmungsimpotenz. Bedenkt man nun, daß hysterische Persönlichkeiten in nicht geringer Zahl an zuweilen oft ausgeprägter psychosexueller Unreife leiden,sie oft unfähig sind, sich einfach hinzugeben oder sich zu verschenken, so erklärt sich, warum solche Persönlichkeitsstrukturen für derartige Sexualstörungen sehr anfällig und geeignet sind.

Fallbeispiele:

49 Jahre alte verheiratete Patientin, die seit 2 Jahrzehnten an rezidivierender Harnverhaltung leidet. Da die Persönlichkeitsstruktur der Patientin vor allem hysterische Strukturanteile zeigt, handelt es sich bei der Harnverhaltung höchstwahrscheinlich um ein chronifiziertes Konversionssymptom.

Durch dieses Symptom war es der Patientin möglich, genitale Sexualität entschuldigt zu umgehen. Das Symptom gewährte ihr aber doch noch libidinöse Spannung und Lust, wenn auch nur in einer minderen Form. Sekundärer Krankheitsgewinn wurde ihr durch ihren Ehemann zuteil, den sie durch ihre Erkrankung noch enger an sich band.

2o Jahre alte verheiratete Patientin, die an einer kompletten Harnverhaltung seit 5 Monaten leidet. Die Patientin war relativ unreif und besaß eine hysterische Persönlichkeitsstruktur. Es fand sich bei ihr eine betont ambivalente Einstellung zur eigenen Sexualität. So litt sie auch in ihrer Ehe an Anorgasmie. Aufgrund dieser beiden Befunde muß man nun daran denken, ob nicht die Möglichkeit besteht, daß Harnverhaltung und Frigidität miteinander in Beziehung stehen und evtl. einen gemeinsamen Grundnenner besitzen. Möglicherweise steht eine Hemmung der Hingabefähigkeit und eine Hemmung des Vermögens, sich gehen zu lassen in Beziehung zur Unterdrückung urethraler Bedürfnisse.
Die Harnverhaltung trat jedoch in einer Situation auf, in der es der Patientin unmöglich war, sich den Forderungen von seiten ihr wichtiger Personen zu entziehen. So kann sich evtl. in dem Symptom eine Hemmung feindseliger Impulse manifestieren. Denn zum einen ermöglichte es die Gehemmtheit der Patientin nicht, aggressiv feindselige Impulse in adäquater Weise abzuführen, zum anderen kommt noch dazu, daß die Patientin sehr stark gerade an die Pesonen gebunden war, auf die sie wütend war. Bei dieser Patientin finden sich also sexuelle und aggressive Konflikte, die mit dem Auftreten der Harnverhaltung in Verbindung stehen.

WAHL und GOLDEN schrieben eine sehr detaillierte Studie über die Entstehung der psychogenen Harnverhaltung im Jahre 1963. Dabei fiel vor allem auf, daß die Patienten genitale Funktion und Harnfunktion unbewußt gleichsetzten, und daß jeder der Fälle spezifische Sexualkonflikte aufwies, die für die Patienten bewußt nicht akzeptabel waren. Bei den Patienten mit Harnverhaltung fand sich ein unbewußtes persistieren von irrationalen Konzepten und Vorstellungen in Bezug auf Harn- und Genitalfunktion. So fand sich die frühe infantile Vorstellung, nach der das Wasserlassen der spezifisch sexuelle Akt ist, der zwischen den Sexualpartnern stattfindet. Bei männlichen Patienten fand sich dagegen häufig eine unbewußte Gleichsetzung von Länge und Kraft des Harnstrahls mit phallischer Kompetenz. Die unbewußten Konflikte der

Patienten bezogen sich auf die tabuisierten Körperprozesse, nämlich die sexuellen und die exkretorischen. Aufgrund unbewußt genital-sexueller Konflikte waren die Genitalien für die Patienten tabuisierte Bereiche hinsichtlich ihres Interesses und ihrer Lust. Dafür war bei ihnen der Miktionsakt aus einer Vielzahl von Gründen mit verbotenen,wollüstigen und erotischen Gefühlen verbunden. Daraus folgt dann, daß die Harnretention von diesen Patienten unbewußt gleichgesetzt wird mit der Unterdrückung tabuisierter genitaler Sexualität. Bei diesen Patienten ist aber auch noch eine Beziehung zwischen unterdrückten Gefühlen, mörderischer Wut und Feindseligkeit und der Entstehung der Harnretention festzustellen. Dies scheint mit frühen infantilen Vorstellungen in Verbindung zu stehen, nach denen der Urin eine tödliche, mörderische, beschmutzende Wirkung besitzt. Zum anderen weisen diese Patienten auch noch eine allgemeine Tendenz auf, Gefühle zu unterdrücken oder zurückzuhalten. Es scheint nun so zu sein, daß sich die bei vielen Gelegenheiten unterdrückten Gefühle und Affekte als körperliche Symptome manifestieren.

Mit anderen Worten kann man sagen, daß man bei diesen Patienten nicht nur Schuldgefühle in Bezug auf sexuelle Aktivität und das Bild einer Konversionshysterie findet, sondern daß die Patienten auch noch dazu neigen, ihre Affekte zu unterdrücken, und daß sich bei ihnen ihr emotionaler Konflikt in körperlichen Symptomen manifestiert.

Neben den Schuldgefühlen über die infantile Sexualforschung und der Fixierung bizarrer irrationaler Konzepte und Vorstellungen bezüglich der Anatomie und Funktion des Urogenitalsystems und der Verschiebung von nicht akzeptierbaren, sexuell perversen Wünschen, findet sich häufig bei diesen Patienten auch noch eine Identifikation mit Familienmitgliedern, die früher schon einmal eine psychosomatische Harnwegserkrankung durchgemacht haben. Eine andere Möglichkeit

ist auch noch, daß die Patienten früher eine organische Erkrankung des Urogenitalsystems durchgemacht haben und eine anschließende Fixierung stattgefunden hat.

Die einer Harnretention zugrundeliegenden Ursachen scheinen also sehr weit zu streuen. Doch scheint die Verschiedenheit und Vielfältigkeit der emotionalen Konflikte mit der großen Bandbreite von Persönlichkeitstypen korrelierbar.

Fallbeispiele:

23 Jahre alte Patientin, die nach einem Autounfall eine komplette Harnretention entwickelte. Es stellte sich heraus, daß die Beziehung der Patientin zu ihrer Mutter außerordentlich ambivalent war. Ferner stellten sich Schuldgefühle und Bestrafungsängste ein, wenn die Patientin an sexuelle Aktivitäten dachte. Interessanterweise konnte die Patientin jedoch Wasser lassen, wenn ihre Mutter sie auf Toilette begleitete oder wenn die Patientin mit ihrer Mutter zur Zeit des Wasserlassens telefonisch sprach. Höchstwahrscheinlich ist der Akt des Wasserlassens ein unbewußtes symbolisches Äquivalent dieser Patientin für sexuelles Sich-Gehen-Lassen und der Miktionsakt ist nur einzig erlaubt nach aktiver Einwilligung der Mutter. Nur alleine die Mutter kann den Miktionsakt desexualisieren. Der Sphinkterspasmus kann als ein ähnliches Phänomen wie der Vaginismus angesehen werden. Wahrscheinlich ist mit ihm der Wunsch verbunden, sexuelle Penitration zu vermeiden.

48 Jahre alte verheiratete Frau, die an einer Harnretention seit ungefähr viereinhalb Wochen litt. Die Ehe dieser Patientin war teilweise sehr chaotisch. Typisch für diese Patientin war ferner, daß sie ärgerliche und mißfällige Gefühle zurückhielt. Folge der Harnretention war nun, daß sie einen Dauerkatheter trug und sexuelle Beziehungen von ihr nicht erwartet wurden.

18 Jahre alte Patientin mit persistierender Harnretention. Wegen ihres Stiefvaters war sie in einen ernsten inzestuösen Konflikt geraten, der dadurch noch begünstigt wurde, daß der Stiefvater offenkundig sexuelle Interessen an ihr zeigte. Die Harnretention trat aufgrund der Gleichsetzung der genitalen Funktion mit der der Harnfunktion auf. Die an die Harnretention anschließende Katheterisierung bedeutete dann für die Patientin zum einen eine sexuelle Gratifikation, zum anderen aber gleichzeitig auch eine Bestrafung für die unakzeptalen sexuellen Wünsche. Gleichzeitig half der Patientin das Symptom, zu verhindern, ihr Zuhause

zu verlassen und von ihrem Stiefvater getrennt zu werden.

36 Jahre alte verheiratete Frau mit Harnretention. Sie litt bis zum 7. Lebensjahr an Enuresis. In ihrer frühen Kindheit hatte sie immer gewünscht,ein Knabe und nicht ein Mädchen zu sein. Sehr negativ erlebte sie auch ihre Menarche. Um diese Zeit begann sie auch mit Masturbation. Die Masturbation war immer mit Schuldgefühlen verbunden und hauptsächlich urethraler Art, denn sie stimulierte das urethrale Orificium. Sexuelle Neugier und Erforschung war bei ihr wie bei vielen Frauen tabuisiert, und so wurde das Wasserlassen, das ihr als einzige genitale Aktivität schon als Kind bekannt war, frühzeitig unbewußt gleichgesetzt mit sexueller Funktion. Aus der unbewußten Tabuisierung genitaler Sexualität folgt dann aufgrund der Gleichsetzung eine Behinderung der Miktion.

Die enge Beziehung zwischen Harnretention und Sexualsphäre wird auch noch an weiteren Fällen deutlich.

So beschreiben STRAUB et al. (1949) den Fall einer 25 Jahre alten Patientin, die am Morgen, nachdem ihr in der Nacht zuvor ein verheirateter Mann sexuelle Angebote gemacht hat, eine akute Harnretention entwickelt.

Auf das sexuelle Angebot wollte die Patientin eingehen. Sie erteilte dem Mann jedoch eine schroffe Abfuhr. Danach fühlte sie sich gedemütigt und beschämt. Auf die ganze Situation reagierte sie mit gemischten Gefühlen von Würdelosigkeit, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Während der Therapie zeigte sich dann, daß die Patientin die tiefsitzende Überzeugung entwickelt hatte, daß sie unerwünscht und ungeliebt sei.

Von einer 25 Jahre alten Frau mit Harnretention berichtet ROWAN (1975):

Wegen Unzufriedenheit in ihrer Ehe hatte die Patientin eine außereheliche Beziehung aufgenommen. Es zeigte sich, daß die Patientin deshalb Schuldgefühle entwickelt hatte, ebenso wie wegen Masturbation in der Jugend und Petting. Die Harnretention dürfte Resultat der unbewußten Gleichsetzung von Miktion mit sexueller Aktivität sein.

Harnretention kann auch sofort nach Geschlechtsverkehr auftreten (RAZ und SMITH 1976):

37 Jahre alte Frau, die seit 7 Jahren über wiederkehrende Episoden von kompletter Harnverhaltung klagt. Oft hat das Auftreten der Harnverhaltung bei dieser Frau einen klaren Bezug zum Geschlechtsverkehr. Die Patientin hat dann sofort nach dem Geschlechtsverkehr Schmerzen in der Vagina und entlang der Urethra. Schließlich entwickelt sich dann eine komplette Harnretention.

Eine psychogene Harnretention kann aber auch nach einer Entbindung auftreten (vgl. WINSBURY-WHITE 1936), eine solche Harnverhaltung kann dann sogar in eine bilaterale Hydronephrose münden (KNOX 1960).

25 Jahre alte verheiratete Hausfrau, Einzelkind. Der Vater der Patientin ist Alkoholiker, reizbar und schnell aufbrausend. Ist er intoxikiert, wird er gefährlich, er verletzte sogar seine Frau zuweilen recht ernsthaft. Die Mutter der Patientin ist eine gutmütige arbeitsame Frau. Jahrelang ertrug sie das Verhalten ihres Mannes und entschuldigte es sogar vor den Kindern. Die Patientin erlebte ihre Mutter in der elterlichen Beziehung als hilflosen Partner ohne eigenen Willen. Schließlich wurde alles, was mit Sexualität zu tun hatte, aufgrund dieser Familiensituation für sie schrecklich und ekelhaft. Sie diskutierte vor ihrer eigenen Eheschließung mit ihrem zukünftigen Ehemann die Gestaltung ihrer sexuellen Beziehungen. Resultat war, daß sie beschlossen, so lange mit einem Geschlechtsverkehr zu warten, bis ihnen klar war, daß sie auch eine Familie gründen wollten. Während ihrer Ehe kam es dann zu zweimaligem Geschlechtsverkehr. Nach dem letzten wurde sie schwanger. Diese beiden Gelegenheiten wurden von ihr schmerzhaft, unlustvoll und abstoßend empfunden. Die Patientin verhielt sich zu ihrem Kind abwehrend, was sich in kompensatorischem überbeschützenden Verhalten ausdrückte. In der Harnverhaltung manifestiert sich ein Protest der Patientin gegen Schwangerschaft und Mutterschaft. Die Harnverhaltung ist aber ebenso Absicherung gegen weiteren Geschlechtsverkehr und dessen mögliche Konsequenzen.

In der Harnverhaltung können sich auch, wie oben schon erwähnt, unterdrückte, unbewußte feindselige und aggressive Impulse manifestieren.

NESBITT et al. (1965) beschreiben zwei Patientinnen mit Harnretention, die sie als scheue und zurückgezogene Menschen schildern. Von selbst sagen sie nichts. Antworten sie auf Fragen, dann fallen ihre Antworten so kurz wie möglich aus. Diese beiden Patientinnen offenbaren ein Bedürfnis nach Kontrolle vor allem von ärgerlichen, feindseligen Gefühlen und Impulsen. NESBITT geht

nun davon aus, daß diese Patientinnen ihr psychisches Erleben, so z.B. aggressive Impulse in eine körperliche Funktion einfließen lassen, hier vor allem in den Akt der Miktion. Werden bei diesen Patientinnen dann feindselige und aggressive Impulse mobilisiert, tritt bei ihnen ein Bedürfnis nach Kontrolle auf. Diese Kontrolle ist jedoch auf den Akt des Wasserlassens verschoben. Resultat dieses Prozesses ist dann die Harnretention.

Fallbeispiel:

26 Jahre alte verheiratete Frau, Mutter von 2 Kindern. Seit ihrem ersten Lebensjahr wuchs sie bei Onkel und Tante auf. Die Patientin hatte immer das Gefühl, daß ihre Eltern sie nicht gewollt haben. Sie litt an Enuresis bis ins Alter von 8 oder 9 Jahren. Ihre Tante war nun eine sehr harte und strafende Frau, und dies vor allem, wenn die Patientin ins Bett machte. Vorehelichen Geschlechtsverkehr oder sexuelle Erfahrung hatte die Patientin nicht, bevor sie heiratete. Von Sexualität wußte sie nichts, außer daß sie sie für dreckig hielt. Geschlechtsverkehr mußte ihrem Gefühl nach sehr schmerzhaft sein. Während der Ehe war die Patientin frigide und wies oft Geschlechtsverkehr zurück. Sie hatte große Angst vor einer Schwangerschaft, deshalb mußten beide Eheleute Kontrazeptiva benutzen. Das Eheleben war gespannt und es gab häufig Auseinandersetzungen. Nach der Geburt des ersten Kindes hatte sie über Jahre an Obstipation gelitten. Seit der Kindheit hatte sie ferner Schwierigkeiten, außerhalb ihres Zuhause Wasser zu lassen. Zu Hause ließ sie dann Wasser laufen, wenn sie auf der Toilette war, damit es niemandem möglich war, sie beim Miktionsakt zu belauschen. Kamen während therapeutischer Gespräche Probleme in Bezug auf sexuelle Dinge auf, so trat plötzlich wieder eine Harnretention auf.

In einem anderen Fall von psychogener Harnverhaltung (WILLIAMS und JOHNSON 1956) war es der Patientin als jungem Kind niemals erlaubt gewesen, auch nur einen Tag dem kontrollierenden Verhalten der sie erziehenden Erwachsenen zu entkommen. Es war ihr in dieser häuslichen Situation nicht einmal für eine Minute möglich gewesen, Ärger Ausdurck zu verleihen, obwohl sie eine solche Wut auf die sie Erziehenden hatte, daß sie sie unbewußt zu töten wünschte. So tief saß ihr Haß. In der Harnverhaltung manifestiert sich bei dieser Patientin ihre unbewußte mörderische Wut.

Fallbeispiel:

28 Jahre alte Frau mit abdominalen Unterbauchschmerzen, Erschöpfungssymptomen und wiederkehrenden Episoden von Harnverhaltungen. Diese können einige Stunden, aber auch bis zu zwei Tagen andauern. Die Patientin wuchs bei Onkel und Tante heran, die ein pathologisches Interesse schon seit frühester Kindheit am Urogenitaltrakt der Patientin entwickelten. War die Patientin im Badezimmer,wurde sie dabei von der Tante strengstens überwacht. Dem Kind wurde eingeschärft, niemals an seine Genitalien zu denken oder sie zu berühren. Noch im Alter von 12 Jahren wurde sie im Badezimmer überwacht, nur um zu verhindern, daß sie an ihren Genitalien spielen würde. Oft wurde sie auch von ihrer Tante gefragt, ob sie an ihren Genitalien spielen würde. Verneinte sie diese Aktivitäten, so ermahnte sie die Tante nochmals, denn auch nur daran zu denken wäre schon schlimm. In der Adoleszenz wurde das Interesse ihres Onkels an ihr unmißverständlich, streichelte er doch ihre Brüste und das Genitale. Ihr Onkel ermahnte sie dann, sie solle nur niemals Jungen erlauben, das zu tun, was er tat. Als sie 17 Jahre alt war, mißbrauchte sie dann ihr Onkel öfters sexuell. In der Therapie konnte sie sich von ihrer unbewußten Wut und ihrem Ärger gegen ihren Onkel befreien. Damit hörte auch die Harnverhaltung auf. Denn ihr war in der Kindheit gesagt worden, daß Urin töten könnte, und deshalb fürchtete die Patientin immer dann Wasser zu lasen, wenn sie unbewußte mörderische Impulse gegen ihren Onkel entwickelte, aus der Angst heraus, sie könnte ihn durch den Miktionsakt wirklich töten. Die unbewußte mörderische Wut manifestiert sich bei dieser Patientin also in einer Harnretention.

Eine Harnretention kann aber nicht nur bei Hysterie oder hysterischer Persönlichkeitsstruktur auftreten, sondern auch in Verbindung mit einer Zwangsneurose. Einen solchen Fall beschreibt CHAPMAN (1959).

31 Jahre alte verheiratete Patientin mit episodischen Harnretentionen. Die erste Harnverhaltung trat bei ihr im Alter von 14 Jahren auf. Sie war die jüngste von zwei Schwestern. Ihre Mutter starb 6 Monate nach ihrer Geburt. Ihr Vater verfiel daraufhin in eine lange und tiefe Depression. Deshalb kümmerte er sich auch in den ersten Lebensjahren wenig um die Patientin. Der Patientin wurde ihre Mutter immer als großes Vorbild dargestellt. Aus vielfältigen Gründen bekam nun die Patientin den Eindruck, daß ihre Mutter eine bessere Therapie bekommen hätte, und vielleicht

nicht gestorben und noch am Leben wäre, wenn sie nicht mit ihr schwanger geworden wäre. Der Patientin drängte sich dann der Eindruck auf, daß sie eigentlich ungewollt Schuld am Tode ihrer Mutter trage. Dieser Eindruck verstärkte sich, da ihr Vater sich ja depressiv von ihr fernhielt. Er gab ihr die Schuld am Tode seiner Frau und konnte ihr auch nicht vergeben. Sie war die Ursache, weshalb eine Frau, die so viel besser war als die Patientin selbst, verstorben war. Als die Patientin 8 Jahre alt war, hatte sie immer dann das Gefühl einer vollen Blase und Harndrang, wenn sie das Grab ihrer Mutter besuchte. Dahinter steckte der unbewußte Wunsch, auf das Grab der Mutter Wasser zu lassen. In diesem Wunsch drückt sich die tiefe Verachtung und Wut auf diese Frau aus, die ihr, zwar unbeabsichtigt, so viele Schwierigkeiten, Bitternis und Kummer bereitet hat. Die Harnretention dient nun als Bestrafung für ihre schuldhaften Wünsche, auf das Grab der Mutter Wasser zu lassen. Die urologische Symptomatik ist nun eng verbunden mit einer tief verwurzelten zwanghaften Persönlichkeitsstruktur. Man kann also sagen, daß hinter der psychosomatischen Erkrankung eine schwere Zwangsneurose steht.

Einen weiteren Fall beschreibt STEKEL (1910). Der von ihm beschriebene Patient litt jedoch nicht an einer echten Harnverhaltung, sondern an der Zwangsvorstellung, nicht Wasser lassen zu können.

Der Patient klagte darüber, nicht Wasser lassen zu können. Die eingehende Untersuchung ergab jedoch, daß die Miktion ungestört vonstatten ging. Jedoch beherrschte der Gedanke den Patienten, daß er nicht urinieren könne, und dieser Gedanke ließ ihm auch keine Ruhe, obwohl der Patient sich darüber im Klaren war, daß es doch alles Unsinn sei. In diesem Fall handelte es sich um reine Zwangszustände, die den Patienten doch sehr sozial einschränkten, mußte er doch immer nur daran denken, daß er nicht Wasser lassen könne. Während der Therapie stellte sich heraus, daß die Ehe des Patienten ernste Konflikte aufwies, und daß er einen tiefen unbewußten Haß gegen seine Frau hegte, die ihn in der Ehe so unglücklich gemacht hatte. Nach einem außerehelichen Verkehr kam es dann zum Auftreten der Symptomatik. Die Zwangsvorstellung "ich kann nicht urinieren" war nun bei diesem Patienten, wie sich in einer langwierigen Therapie herausstellte, Ersatzvorstellung für die eigentliche Vorstellung "ich kann nicht koitieren".

Auch moralischer Masochismus in Sinne Freuds kann sich in einer Harnretention manifestieren. Die Harnretention ist dann ein masochistisches Symptom (GUREWITSCH 1932).

30 Jahre alter Mann mit seit zweieinhalb Jahren bestehender vollständiger Harnverhaltung. Innerhalb von 8 Tagen entwickelte sich die Symptomatik im Anschluß an eine Appendektomie. Der Patient hatte kein Harndranggefühl mehr und konnte auch nicht die geringste Urinmenge entleeren. Deshalb mußte er über lange Zeit hin bis zu dreimal täglich katheterisiert werden. Die körperliche Untersuchung zeigte eine fast komplette Analgesie im Bereich des Penis und des Skrotums sowie eines bogenförmig begrenzten Hautbezirks über der Symphyse. Eine ausführliche Anamnese ergab, daß der Patient vor seiner Operation einen schweren seelischen Zusammenbruch erlitten hatte. Dieser war ausgelöst worden durch den plötzlichen Tod seiner Braut, die an einer Blinddarmvereiterung gestorben war. Daraufhin fiel der Patient in tiefe Depression. Da er ein neurotischer Charakter war, der seine Neurose aber in der Realität ausleben konnte, kam seine Erkrankung erst durch das Hinscheiden der Braut zum Ausbruch. Der Patient leidet nun an einem dauernden Wechselspiel zwischen unbewußtem Strafbedürfnis und Schuldgefühlen, Resultat eines aussichtslosen Kampfes um hochgespannte idealistische Forderungen. Zum anderen erlebt der Patient Sexualität als einen Bereich, der von Gedanken der Sünde erfüllt ist. Deshalb leidet der Patient auch an schweren Schuldgefühlen, da er nach dem Tode der Braut den Vorsatz sexueller Abstinenz durchbrach. Aus all diesen Gründen kann man die Harnverhaltung als eine Form der Selbstbestrafung ansehen, die ihn vor weiteren Konflikten hinsichtlich seines Sexuallebens bewahrt. Die Harnretention ist hier ein masochistisches Symptom.

Hinter einer Harnverhaltung kann aber nicht nur neurotisches, sondern auch psychotisches Erleben stehen. So schildert GALANT (1924) den Fall eines Psychoneurotikers mit hysterischen als auch neurasthenischen Symptomen. Dieser Patient entwickelte jedoch auch noch schwere Dämmerzustände und ebenso halluzinatorische Zustände. Danach war er dann felsenfest davon überzeugt, er müsse sein bisheriges Leben in irgendeiner Form bewahrheiten. Zeichen wurde das Wasserlassen. Von dieser Zeit an beeinflußten seine Vorstellungen und Ideen das Wasserlassen. Vorstellungen und Ideen, die nach Meinung des Patienten gut und schön waren, förderten die Miktion. Gegensätzliche Vorstellungen und Ideen erzeugten eine Harnverhaltung. Durch wahre vollwertige Ideen konnte aber dann wieder die Harnverhaltung rückgängig gemacht werden und normales Urinieren war möglich. Irgendwelche begleitenden Ideen oder Vorstellungen mußten bei der Miktion vorhanden sein, sonst konnte der Patient überhaupt kein Wasser lassen.

Daß eine Harnretention ziemlich oft bei psychotischen Patienten vorkommt, darauf weist auch ALLEN (1972) hin. In seiner Arbeit zum Thema der psychogenen Harnretention befaßt er sich jedoch ausführlich mit Patienten, die nicht offensichtlich psychiatrisch erkrankt sind. Dabei stellte er fest, daß diese Patienten ernsthafte emotionale Störungen aufweisen und die meisten von ihnen eine schizoide Persönlichkeitsstruktur besitzen. Oberflächlich betrachtet sind die Patienten freundlich und kooperativ, bei näherer Betrachtung fallen aber versteckte, tiefsitzende Ängste oder sogar offene Feindseligkeit auf. Aus all diesen Befunden schloß dann ALLEN, daß es sich bei der Harnverhaltung um ein aktiv-aggressives Phänomen handelt,das man als einen Akt des Widerstandes interpretieren kann, auf den die Umwelt in kaum geeigneter Weise reagieren kann.

Fallbeispiele:

43 Jahre alte Frau mit Harnretention. Die Patientin war depressiv, ihre Antworten waren schleppend. Zuweilen kamen jedoch offenkundig feindselige Impulse auf.

34 Jahre alte Krankenschwester mit Harnretention. Die Patientin war immer in ihr Innerstes vertieft. Ihr Affekt war abgeflacht, typisch für eine schizoide Persönlichkeit.

25 Jahre alte Frau mit Miktionsstörungen seit der Geburt ihres Kindes vor 6 Jahren. Die Patientin war hochgradig ängstlich und zeigte deutliche masochistische Persönlichkeitsanteile. In ihrer Ehe war sie frigide. Ihre Eltern wollten noch großen Einfluß auf ihre Lebensgestaltung haben und diktierten ihr noch so manches. Darauf reagierte die Patientin dann auf eine regressive Art und Weise. Sie litt an vielen Schuldgefühlen, die sich in ihrer Frigidität niederschlugen.

Größere Studien zur psychogenen Harnverhaltung sind in der Literatur sehr selten. LARSON et al. untersuchten jedoch 1963 insgesamt 37 Frauen, die ohne objektiven organischen Befund eine Harnverhaltung entwickelt hatten. Dabei wurde festgestellt, daß die Mehrzahl dieser Frauen verheiratet war und daß das Alter vom 13. bis zum 69. Lebensjahr variierte. Das Auftreten der Erkrankung konnte bei einem Großteil der Patienten mit einem psychischen oder physischen Trauma verbunden werden. Dabei handelte es sich zumeist um gynäkologische Operationen, Entbindungen, Krankheit, Eheschwierigkeiten

oder gescheiterte Liebesbeziehungen. Neben der Harnretention fanden sich zumeist noch andere urologische Symptome, wie suprapubische Beschwerden, Frequenzsteigerung Dysurie und Restharnbildung. Zumeist zeigten die Patientinnen hysteroide Charakterzüge. Die Frauen schienen weich, charmant und verführerisch zu sein und nicht im geringsten Maße beunruhigt über ihre Erkrankung. Eine andere Gruppe von Frauen war jedoch depressiv (vgl. hierzu auch HERTZ und MOLINSKI 1980), mit enuretischen Symptomen, Ermüdungszeichen, Schlaflosigkeit und pessimistischer Lebenseinstellung. Noch eine weitere Gruppe von Patientinnen war akut psychotisch.

MONTAGUE und JONES (1979) führen mehrere Fallbeispiele auf, die die Ergebnisse von LARSON et al. stützen.

Fallbeispiele:

19 Jahre alte Frau, die seit 14 Monaten über Episoden von Harnverhaltung, Kopfschmerzen und über Gefühllosigkeit im Bereich der unteren Extremitäten klagt. Die Patientin leidet an Hysterie.

26 Jahre alte Frau mit seit zweieinhalb Jahren bestehender intermittierender Harnretention. Sie klagt ferner über episodische Taubheit im Bereich der unteren Extremitäten und über andere neurologische Symptome. Zur Zeit der Klinikeinlieferung ist die Patientin ernsthaft depressiv, da ihr Verlobter einige Monate vor der geplanten Hochzeit an akuter Leukämie verstorben ist. Nach seinem Tode wurde sie sehr depressiv, und bekam kurze Zeit später dann eine Harnverhaltung. Die Patientin leidet an einer reakreaktiven Depression bei hysterischer Persönlichkeitsstruktur.

28 Jahre alte Frau mit vielfältigen Symptomen von seiten der Harnwege. Die Patientin war von ihrem Stiefvater vergewaltigt worden, als sie 18 Jahre alt war. Kurz danach entwickelte sie ihre erste Harnverhaltung. Nach einer unglücklichen Heirat im Alter von 22 Jahren kam es dann immer wieder zu intermittierenden Harnverhaltungen. Nachdem sie

sich von ihrem Mann getrennt hatte, kehrte sie zu ihrer Familie zurück. Von ihrer Familie wurde sie jedoch regelrecht ausgebeutet und man war sehr unfreundlich ihr gegenüber. Die Symptome von seiten der Harnwege erlaubten ihr nun eine gewisse Kontrolle über ihre Familienmitglieder, die sie zu beherrschen und auszubeuten versuchten. Auf diese Weise versuchte sie vielen Unannehmlichkeiten aus dem Wege zu gehen.

Ebenso wie LARSON ist auch BARRETT (1976) davon überzeugt, daß die Harnretention bei Frauen zumeist hysterischer Natur ist. Klagen diese Patientinnen doch über eine Vielzahl körperlicher Beschwerden, und haben sich diese Frauen doch schon einer Vielzahl chirurgischer Operationen unterzogen. Aber ebenso wie LARSON stellt er fest, daß weitere häufige Diagnosen im Zusammenhang mit der psychogenen Harnverhaltung Depression oder Schizophrenie sind. Auch finden sich Patienten mit psychosexuellen Abnormitäten.

Fallbeispiele:

21 Jahre alte Krankenschwester, die an einer akuten Harnretention leidet. Die Patientin verneint ein psychisches Trauma. Es stellt sich jedoch heraus, daß sie mit ihrem Freund, mit dem sie eine gemeinsame Wohnung teilt, einen Streit hatte, weil sie vermutete, daß er eine Beziehung zu einer anderen Frau unterhielt.

34 Jahre alte verheiratete Hausfrau, Mutter zweier Kinder, die an Harnretention leidet. Die Patientin hat einen tiefen unbewußten Groll aus einer Vielzahl von Gründen gegen ihre Eltern. Ihrem Mann gegenüber hat sie ein Gefühl von sexueller Unzuverlässigkeit entwickelt, da sie fürchtet, er sei ihr untreu.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Harnverhaltung, die zumeist bei Frauen im Alter von 20 bis 40 Jahren auftritt, bei den verschiedensten psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen auftreten kann. Vor allen Dingen findet sie sich bei Patienten mit hysterischer Persönlichkeitsstruktur, aber auch bei zwanghafter Persönlichkeitsstruktur. Es finden sich auch Persönlichkeitsstrukturen mit sexuellen Perversionen. Die Symptomatik einer Harnverhaltung kann sich

aber auch im Rahmen einer Depression entwickeln. Andere Patienten, die an einer Harnverhaltung leiden, sind sogar akut psychotisch.

In der Harnverhaltung können sich psychische Konflikte sexueller oder aggressiver Natur manifestieren. In einigen Fällen kann man die Harnverhaltung auch als ein masochistisches Symptom ansehen.

4.6.1 Erster Exkurs: Psychogene Anurie

ADLER beschreibt 1932 den Fall einer rein psychogenen Anurie.

29 Jahre alter verheirateter Fabrikangestellter, der vor 2 Jahren angeblich an einer Nephritis erkrankt war, die aber innerhalb kurzer Zeit ausheilte. Er ist seit Kindheit Stotterer. Er hatte nie Beschwerden von seiten der Harnwege. Seit seiner Heirat vor einem halben Jahr hat er ständig Konflikte mit seiner Frau. 6 Wochen zuvor hatte er eine ernsthafte Auseinandersetzung mit seiner Frau, und man drohte sich gegenseitig mit Ehescheidung. Daraufhin konnte der Patient nicht mehr urinieren. Er konnte deshalb nicht urinieren, weil er keinen Harn in der Blase hatte. Denn die cytoskopische Untersuchung ergab eine leere Blase. Innerhalb von 24 Stunden ließ er nur insgesamt 120 cml. Der Harnmangel wiederholte sich immer dann, wenn der Patient sich sehr aufgeregt hatte. Während des Klinikaufenthaltes wurde der Patient einer hypnotischen Behandlung unterzogen. Während dieser Zeit kam es nun auch wieder zu einer Aufregung. Folge war eine Harnverhaltung. Wieder war kein Harn vorhanden. Nach Hypnose konnte der Patient jedoch wieder Harn ausscheiden. Im Laufe des Klinikaufenthaltes wurde dem Patienten dreimalig der posthypnotische Auftrag erteilt, keinen Harn zu lassen. Die Blase blieb dann leer. Durch Blasenkatheterisierung wurde dies überprüft.

4.6.2 Zweiter Exkurs: Harnverhaltung bei Kindern

ROST beschrieb 1918 drei Fälle von kompletter, bzw. inkompletter Harnverhaltung bei Kindern. Die Harnverhaltung dauerte in allen drei Fällen über Wochen und Monate an. In diesen Fällen konnte mit Sicherheit nachgewiesen werden, daß die Ursache der Harnverhaltung in einer Funktionsstörung des Sphinkters lag. Es handelte sich in allen drei Fällen um eine funktionelle Blasenstörung.

Fallbeispiele:

11 Jahre alter Patient mit Blasenbeschwerden, an denen er seit einem Jahr leidet. Alle 5 Minuten muß er Wasser lassen. Dabei geht der Urin jedoch zumeist nur tropfenweise ab. Die Blase wird nicht geleert. Eine cytoskopische Untersuchung ergibt eine Balkenharnblase.

13 Jahre alter Junge mit den Beschwerden: Harnverhaltung, Brennen beim Wasserlassen und unwillkürlichem Harnabgang. Aus der Blase kommt Urin tropfenweise. Dies verspürt der Junge aber nicht. Durch Katheterisierung kann eine beachtliche Restharnmenge entleert werden. Cytoskopisch findet sich eine Balkenharnblase.

7 Jahre alter Junge, der an folgenden Beschwerden leidet: er muß lange warten, bis die Miktion in Gang kommt, und dann findet sich nur tropfenweise Abgang von Urin. Ferner Brennen beim Wasserlassen und rezidivierende Harnverhaltung. Cytoskopisch findet sich in diesem Fall eine Hypotrophie der Blasenwandmuskulatur.

1971 beschrieb KHAN den Fall eines 9 Jahre alten Jungen mit akuter Harnretention.

Als der Patient in die Klinik eingeliefert wurde, war er sehr ängstlich, nervös und leicht zerstreut. Er konnte nicht für eine Minute ruhig sitzen. Sein ganzes Verhalten brachte Ärger offen zum Ausdruck. Schon seit früher Kindheit war der Junge sehr aktiv, aggressiv, eigensinnig und hatte eine geringe Frustrationstoleranz. Seit dem 3. Lebensjahr stotterte er. Er schien sehr egozentrisch, und wenn er aufgefordert wurde, sich auf den Toilettensitz zu setzen und sich dabei zu entspannen, war seine Reaktion Ärger und Wut. Es zeigte sich, daß eine Beziehung bestand zwischen seinen ärgerlichen Gefühlen, der Angst und der Unfähigkeit Wasser zu lassen. Die Mutter des Jungen erzählte dann, daß zwei Tage zuvor der Schulleiter den Jungen wegen eines Fehlverhaltens im Klassenraum nach Hause geschickt hatte. Daraufhin war der Junge sehr ärgerlich geworden und hatte den Wunsch geäußert, die Schule niederzubrennen. Am selben Abend entwickelte sich dann die Harnverhaltung. Die Sozialanamnese ergab, daß die Familiensituation ziemlich gestört war. Der Vater hatte keine emotionale Beziehung zu seiner Familie und hielt sich aus allem heraus. Das Verhalten der Mutter war ziemlich inadäquat in Bezug auf den Jungen. Sie setzte seinem kindlichen Verhalten kaum Grenzen. War er doch der einzige der Familie, mit dem sie affektiv verbunden war. Er teilte sogar das Bett seiner Mutter bis ins Alter von 7 Jahren, seit der Zeit, wo der Vater nachts arbeitete. Nach dem Klinikaufenthalt kam es noch zu einem dreimaligen Auftreten der Harnverhaltung für einen Tag. Die Harnretention trat immer in Situationen auf, die bei dem Jungen Frustration, Angst oder Ärger hervorrief. Es

zeigte sich, daß der Patient Phantasien omnipotenten Inhalts hatte. So glaubte er, daß er, wenn er ärgerlich wäre, die ganze Welt zerstören könnte.

4.6.3 Dritter Exkurs: Massive Stuhlverhaltung mit daraus resultierender Harnverhaltung bei Kindern.

1960 schildert GRUNBERG den ungewöhnlichen Fall einer akuten Harnverhaltung bei einem 12 Jahe alten Mädchen. Die Harnretention wurde bei ihr durch eine massive Kotverhaltung hervorgerufen. Höchstwahrscheinlich hatte diese einen psychischen Ursprung, der in Verbindung mit der Überbesorgnis der Mutter des Kindes hinsichtlich regulärer Darmentleerung stand. Nach Entfernung des Fäces war die Miktion wieder normal.

RAVICH et al. beschreiben 1963 einen weiteren Fall,

6 Jahre altes Kind, das an intermittierenden abdominalen Schmerzen und an einer akuten Harnverhaltung leidet. Die rektale Untersuchung ergibt eine sehr massive Kotstauung. Nach Entfernung der Kotmasse kann der Patient wieder beschwerdefrei Wasser lassen.

Eine solche Kotstauung im Breich des Rektums wird zumeist bei ganz jungen oder alten Patienten gefunden. Häufig spielen emotionale Faktoren bei Kindern als Ursache eine Rolle. Aus der Kotstauung kann eine Harnretention resultieren, wenn der intracystische Blasendruck nicht mehr ausreicht, die durch den ansteigenden rektalen Druck verursachte urethrale Widerstandserhöhung zu überwinden. Daraus kann dann nicht nur eine Harnretention entstehen, sondern im Extremfall sogar ein Hydrourster und eine Hydronephrose. RAVICH et al. vertreten ferner die Ansicht, daß chronische Verstopfung bei Kindern oft auch Ursache inkompletter Harnverhaltung sein kann. Auf diese Weise glauben sie, viele ungeklärte Fälle von rezidivierenden Cystitiden beim Mädchen erklären zu können.

GALLO und PRESMAN (1970) weisen in ihrer Arbeit darauf hin, daß Kotverhaltung mit daraus resultierender Harnretention

aufgrund ihrer Erfahrung gar nicht so selten ist. Sie beschreiben in diesem Zusammenhang drei Fälle. Sie legen aber besonderen Wert auf die Feststellung, daß emotional gestörte Kinder zwar oft an chronischer Verstopfung erkranken, die Verstopfung jedoch nicht oft mit Miktionsstörungen verbunden ist.

4.6.4 Vierter Exkurs: Harnretention und Katheterisierung.

Schon FRANKL-HOCHWART und ZUCKERKANDL weisen 1899 darauf hin, daß sie es für gefährlich halten, Patienten mit Harnverhaltung zu katherisieren. Handelt es sich doch bei diesen Patienten meistens um Hysteriker, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur nach ärztlicher Behandlung streben, wird ihnen doch dadurch Aufmerksamkeit und Zuwendung zuteil. Zum anderen könnten durch die Katheterisierung onanistische Bedürfnisse befriedigt werden (vgl. hierzu auch VINER 1926).

Auch KEHRER (1924) weist darauf hin, daß es wohl eine nicht unbeachtliche Anzahl von Patienten mit chronischer Harnverhaltung gibt, deren Ursache er in einer hysterischen Chronifizierung infolge Kathetergewöhnung nach einmaliger Harnretention sieht.
WAHL und GOLDEN (1963) weisen in ihrer Arbeit über die Harnverhaltung ausdrücklich auf die sexuelle Bedeutung der Katheterisierung hin (s. auch MESTER 1975). Von den Patienten kann Katheterisierung sowohl gewünscht als auch gefürchtet werden. Katheterisierung kann dann als sexuelle Gratifikation oder als sexuelle Bestrafung für nicht akzeptierbare unbewußte Wünsche erlebt werden.
So berichtet auch WESTERMAN HOLSTIJN (1924), daß eine Patientin mit Harnverhaltung zweimal katheterisiert wurde, woraufhin sich ihre Beschwerden verschlimmerten. Der Eingriff der Katheterisierung wurde nämlich von der Patientin unbewußt als ein Eingriff in ein sexuell empfindliches Organ aufgefaßt. Folge war die Erhöhung der schon vorhandenen intrapsychischen Spannung.

4.7 Die postoperative Harnverhaltung.

Eine häufige postoperative Komplikation ist Harnverhaltung ohne organische Ursache, wodurch ein Krankenhausaufenthalt oft verlängert wird (ABENSON und FINDLING 1972). SCULTETY und BALOGH (1963) definieren die postoperative Harnretention als Unfähigkeit eines Patienten, nach einem chirurgischen Eingriff Wasser zu lassen, obwohl die Blase gefüllt ist, die Nierenfunktion normal ist und eine organische Obstruktion nicht gefunden werden kann. Postoperativ findet sich bei diesen Patienten zumeist ein hypotonischer Detrusor in Verbindung mit einem Sphinkterkrampf (s. auch SACHS 1928).

Man geht allgemein davon aus, daß es sich bei der postoperativen Harnverhaltung zumeist um eine funktionelle Störung handelt, die in psychischen Faktoren oder in psychischer Überlagerung ihre Ursache findet (STUTZIN 1927, SACHS 1928, McLAUGHLIN und BROWN 1944, TREIGER et al. 1950, WILDBOLZ 1959, SCULTETY und BALOGH 1963, ABENSON und FINDLING 1972).

Der starke Einfluß der Psyche zeigt sich oft schon darin, daß die operierten Patienten häufig spontan Wasser lassen können, wenn sie bemerken, daß Vorbereitungen zur Katheterisierung getroffen werden. Die psychogene Hemmung wird dann aus Furcht vor dem Katheter überwunden (WILDBOLZ 1959). Eine Katheterisierung kann aber auch eine hysterische bzw. neurotische Harnverhaltung fördern (PEDERSEN 1923).

Die Ursachen für eine postoperative Harnverhaltung sind vielfältig. Man nimmt an, daß Angst vor Schmerz, der z.B. bei der Anspannung der Bauchpresse auftreten kann, in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen kann (SACHS 1928). Auch fällt auf, daß die Anzahl postoperativer Harnverhaltungen umso mehr zunimmt, je näher die Operationswunde der Blase ist (WILDBOLZ 1959). Viele Menschen glauben aber auch, daß sie nach Operationen oder nach Geburten, vor allem aber im Liegen, nicht Wasser lassen können (STUTZIN 1927, SACHS 1928, SCULTETY und BALOGH 1963). Sie suggerieren es sich selbst ein

(SACHS 1928). Sie glauben einfach, daß es nicht möglich ist, auf dem Rücken liegend Wasser zu lassen (WILDBOLZ 1959). Es scheint jedoch nicht ungewöhnlich zu sein, daß ungewohnte Stellungen die Miktion erschweren. So geben Araber an, daß ihnen das Wasserlassen im Stehen kaum gelingt, da sie aufgrund einer religiösen Vorschrift sonst nur in hockender Position Wasser lassen (STUTZIN 1926).

McLAUGHLIN und BROWN führten im Jahre 1944 eine Untersuchung an 1946 jungen Männern mit postoperativer Harnverhaltung nach Bauch- bzw. Unterbauchoperationen durch. In dieser Untersuchung konnten sie nachweisen, daß bei jungen Menschen eine postoperative Harnverhaltung hauptsächlich psychogen bedingt ist.

Auch PATTON und SHEEHAN (1966) konnten in einer Studie an 30 Patienten den psychischen Einfluß auf postoperatives Miktionsverhalten nachweisen. So hatte die Suggestion, die man den Patienten in einem suggestiblen, halbbewußten Zustand noch unter dem Einfluß der Anästhesie gab, daß es ihnen möglich sein würde, die Blase zu entleeren, wenn sie auf ihr Zimmer zurückkommen würden, einen eindeutigen Erfolg.

Der Einfluß der Psyche auf die postoperative Harnverhaltung wird auch deutlich, wenn man bedenkt, daß es sehr erfolgreich sein kann, Patienten mit postoperativer Harnverhaltung mit laut tropfendem Wasser zu konfrontieren (MARGOLIS 1965).

TREIGER et al. (1950) konnten in einer Studie an 2000 unselektierten chirurgischen Patienten feststellen, daß bei der Kontrollgruppe von 1000 Patienten eine postoperative Katheterisierung in 18,3 % der Fälle vonnöten war. Bei der zweiten Gruppe von 1000 Patienten wurde eine psychophysiologische Therapie durchgeführt. Folge war, daß die Katheterisierungshäufigkeit auf 1,7 % fiel. Bei der psychophysiologischen Therapie ging man von dem Ansatz aus, daß sich aufgrund der Notwendigkeit im Liegen Wasser lassen zu müssen, bei den Patienten ein psychogener Block entwickeln könne. Um diesen Block zu verhindern, wurden die Patienten

aufgefordert, präoperativ im Liegen Wasser zu lassen. Bei dem Miktionsakt wurde durch Vorhänge, Schutzwände und geschlossene Türen darauf geachtet, daß eine private Sphäre gewahrt blieb. Postoperativ wurde dafür gesorgt, daß eine Urinflasche bzw. eine Bettpfanne in Reichweite der Patienten war, und daß sie nicht gedrängt wurden, Wasser zu lassen.

So weist auch SACHS (1928) darauf hin, daß eine postoperative Harnverhaltung umso seltener auftritt, um so mehr die Patienten postoperativ psychisch geführt und beeinflußt werden. Dadurch könne dann die Zahl der Fälle mit postoperativer Harnverhaltung von 45 bis 40% auf 8 bis 10% gesenkt werden.

Die postoperative Harnverhaltung hängt aber nicht nur von psychischen Faktoren wie Angst oder Furcht alleine ab. So sind postoperative metabolische Störungen und Art der Anästhesie weitere wichtige Faktoren (SCULTÉTY und BALOGH 1963), ferner Alter und Geschlecht der Patienten, sowie Typ und Sitz der Operation (TREIGER et al. 1950).

Viele Patienten entwickeln auch aufgrund ihrer neurotischen Persönlichkeitsstruktur eine postoperative Harnverhaltung (PEDERSEN 1923, TREIGER et al. 1950).

ABENSON und FINDLING (1972) konnten feststellen, daß solche Patienten zumeist sehr ängstlich sind (vgl. SACHS 1928), und daß diese Angst durch den Krankenhausaufenthalt häufig ansteigt. Bei diesen Patienten kann sich dann ein unbewußter Konflikt, so z.B. infolge der Verbindung von Wasserlassen mit verbotener Sexualität, in einer Harnverhaltung manifestieren.

4.8 Interstitielle Cystitis

Synonyme: HUNNER-Cystitis, HUNNER'sches Blasenulkus, HUNNER's Ulcus (BOWERS et al. 1958, SMITH und AUERBACK 1960, HOHENFELLNER et al. 1973, ALKEN und STAEHLER 1973).

Die interstitielle Cystitis ist eine ungewöhnliche Erkrankung unbekannter Ätiologie mit primär chronischer Verlaufsform (BOWERS et al. 1958, SMITH und AUERBACK 1960, HOHENFELLNER et al. 1973). Es kommt zu einer progressiven submucösen Fibrose mit Reduktion der Blasenkapazität (BOWERS et al. 1958, SMITH und AUERBACK 1960, ALKEN und STAEHLER 1973). Der cytoskopische Befund weist Ischämie und unter Umständen eine Ulceration auf (BOWERS et al. 1958, HOHENFELLNER et al. 1973). Schließlich entwickelt sich eine Schrumpfblase (ALKEN und STAEHLER 1973). Aufgrund der sich immer mehr reduzierenden Kapazität der Blase kommt es zu langsam zunehmender Pollakisurie am Tage als auch nachts (SILAGY 1952, BOWERS et al. 1958, ALKEN und STAEHLER 1973, HOHENFELLNER et al. 1973). Oft treten auch Schmerzen am Ende des Miktionsaktes oberhalb der Symphyse auf (ALKEN und STAEHLER 1973). Die Erkrankung tritt oft bei Patienten in mittleren Lebensjahren auf, wobei zumeist Frauen davon betroffen sind. Die Patienten weisen oft neurotische Persönlichkeitszüge auf (BOWERS et al. 1958, SMITH und AUERBACK 1960, ALKEN und STAEHLER 1973).

Die auffällige Persönlichkeitsstruktur der Patienten läßt die Möglichkeit einer psychosomatischen Genese zu (s. auch ENGLISH 1970). Viele dieser Patienten werden als sehr nervös und neurasthenisch beschrieben, wobei einige Patienten auch an familiären Problemen leiden (HAND 1949, SILAGY 1952).

Den möglichen Einfluß psychischer Faktoren beschreiben BOWERS et al. im Jahre 1958 ausführlich:

29 Jahre alte Patientin, die vor allem an einer unterdrückten Feindseligkeit gegen elterliche Figuren litt. Die unterdrückte Feindseligkeit wurde von Kindheit an bis in die Adoleszenz masochistisch über vielfältige Blasensymptome abgeführt. Die Beziehungen zu den Frauen ihrer Familie waren durch furchtbaren Haß gekennzeichnet, der jedoch von der Patientin unterdrückt werden mußte. Wegen ihrer vielen Erkrankungen unterzog sich die Patientin vielfältigen Operationen und Cytoskopien. Diese trugen aber auch wiederum dazu bei, die Symptomatik zu verschlimmern. Es scheint nun so, daß die unbewußten feindseligen Impulse nicht allein durch die Blasensymptome abgeführt werden konnten, sondern daß die Patientin die vielen Erkrankungen, vielfältigen Operationen und urologischen Instrumentationen aus dem Wunsch nach Bestrafung für ihre haßvollen Impulse brauchte. Es könnte nun so sein, daß die vielfältigen urologischen Störungen, die der Abfuhr von unbewußtem Haß dienten, in einem Circulus vitiosus mündeten, der für die Entwicklung einer interstitiellen Cystitis förderlich war.

Eine Untersuchung an 21 Fällen von interstitieller Cystitis bei Kindern wurde von GEIST und ANTOLAK (1970) durchgeführt. Das Alter der Kinder variierte vom 3. bis 16. Lebensjahr. Bei den Kindern waren jedoch mehr Jungen als Mädchen an interstitieller Cystitis erkrankt, während bei den Erwachsenen mehr Frauen als Männer erkrankten. Von den 21 Kindern hatten 19 gleichzeitig neurologische und/oder emotionale Störungen. 8 der Kinder waren in einer nicht förderlichen Umwelt aufgewachsen. In den Familien dieser Kinder gab es häufig Probleme und Auseinandersetzungen, oder die Eltern waren negativ den Kindern gegenüber eingestellt, bzw. wiesen selbst emotionale Störungen auf. 7 der Kinder litten an psychomotorischer Hyperaktivität seit der Kindheit, 3 waren offensichtlich neurotisch. An chronischer Angst litten 9 der Kinder. Diese waren außerordentlich nervös und leicht aus der Fassung zu bringen. Die Angstschwelle war bei ihnen sehr niedrig. All diese Befunden lassen GEIST und ANTOLAK einen psychosomatischen Ursprung der Erkrankung in Erwägung ziehen, zumal der Blase in der frühen Kindheit so viel Aufmerksamkeit geschenkt wird. So wäre es nicht verwunderlich, wenn dieses Organ bei einigen Kindern zum Angriffspunkt für kindliche Aggression und Angst würde.

5. Bio-psycho-soziale Aspekte der Miktion.

Aufgabe der Harnblase ist es, den durch die Nieren ausgeschiedenen Urin aufzufangen und zu sammeln.
Füllt sich die Harnblase mit Urin, kommt es zu einer Blasenwandspannung. Diese Blasenwandspannung wird dann als Harnreiz empfunden. Somit ist der Harnreiz psychische Repräsentanz der körperlichen Blasenwandspannung (CHRISTOFFEL 1935). Durch Kontraktion der perinealen Muskulatur und durch Hemmung des Detrusors wird der Harn zurückgehalten. Beim Miktionsakt muß sich dann der Detrusor kontrahieren und der Sphinkter externus relaxieren. Daraufhin kann dann die Blase den Urin entleeren. Die motorische Innervation des Blasendetrusors und die Inhibition des Sphinkter externus wird durch parasympathische Fasern geregelt, während sympathische Fasern einen gegenteiligen Effekt bewirken (ROWAN 1975). Der Miktionsakt ist also eine komplette viszerosomatische Aktivität, bei der die glatten Muskeln von Blase und Urethra, und die Skelettmuskeln von Beckenboden und Sphinkter externus funktionell integriert werden müssen, damit eine normale Blasenentleerung möglich ist (RAZ und SMITH 1976). Dabei muß sich die Innervation des autonomen Nervensystems und die der Willkürmotorik beim Miktionsakt einem Wechselspiel anpassen (STUTZIN 1927). Da die Blase ein "gemischt willentliches Organ" ist, bedarf es zu ihrem Funktionieren des Zusammenspiels von Autonomie und Willen (STUTZIN und WARNER 1928, ADAM 1955).

Nun überlappen sich die Spinalnerven des Harn- und des Genitalsystems in diesem Bereich. So kann es dann schon einmal geschehen, daß eine Stimulation des einen Systems das andere mitstimuliert. Aufgrund dieser Überlappung von Harn- und Genitalsystem können sich dann auch psychische Wechselbeziehungen und Überlappungen zwischen beiden Systemen feststellen lassen. Dies ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, daß z.B. der Mann das-

selbe Organ, den Penis, für beide Systeme gebraucht. So können dann Teile des Harnsystems die psychische Repräsentanz des Sexualsystems stimulieren, wie auch sexuelle Stimulation die psychische Repräsentation des Harnsystems beeinflussen kann (ROBERTIELLO 1956).

Das Harnsystem ist auch embryologisch und histologisch eng mit dem Genitalsystem verbunden (AUERBACK und SMITH 1952). Darauf weist auch schon der entwicklungsgeschichtliche Ausdruck "Urogenitalsystem" hin. Embryologisch stammen Urethra und Trigonum von Zellen ab, die das weibliche Genitalsystem bilden. Urethra und unterer Genitaltrakt haben ferner eine gemeinsame Blut-, Lymph- und Nervenversorgung. Ferner stehen sie unter dem selben hormonellen Einfluß. Dies kann nun physiologischen und psychischen Stimuli erlauben, von einem System auf das andere System überzugehen (AUERBACK und SMITH 1952).

.1 Die Säuglingszeit.

Jeder weiß, daß Säuglinge in ihrer ersten Lebenszeit inkontinent sind. Dies ist Ergebnis der normalen Abwesenheit einer cerebralen und bewußten Kontrolle über Blase und Darm. Es handelt sich dabei um die sog. "infantile Inkontinenz" (WOODMANSEY 1972). In dieser Zeit läßt das Kind entsprechend seinen physiologischen Bedürfnissen Harn und Stuhl unter sich gehen. Auf diese Art und Weise wird es seine physischen Spannungen los und erlebt den Entleerungsakt als lustvoll und entspannend (SMITH und AUERBACK 1960). Aufgrund dieser primitiven Entleerungsweise des Säuglings kommt die gesamte Oberfläche von Rumpf und Extremitäten mit Harn und Stuhl in Berührung. Der Strom des warmen Urins erzeugt nun an der Haut des Säuglings Lustgefühle, dieselben Lustgefühle, die auch durch warmen Kot erzeugt werden. Unlust stellt sich dann ein, wenn die Ausscheidungsstoffe am Körper erkalten (ABRAHAM 1923).

Aber nicht nur das Wasserlassen, sondern auch die Zurückhaltung von Urin kann in der frühen Säuglingszeit Lust erzeugen (SADGER 1910). So kann der Säugling aus dem Zurückhalten des Urins und dem anschließenden Wasserlassen einen Lustgewinn erotischer Art ziehen, den manche Kinder oft möglichst lange

hinausziehen wollen (SCHWARZ 1925). Aufgrund des Zurückhaltens von Urin kann sich beim Säugling aber auch eine Steifung des Gliedes einstellen. Es handelt sich um dasselbe Phänomen wie bei der morgendlichen Wassersteife, bei der die nachts angefüllte Blase die Nervi erigantes reizt und so die Morgenerektion hervorruft (SADGER 1910).

Die Exkretionen sind auch über lange Zeit hin die einzigen Formen, durch die sich der Säugling oder das Kleinkind produktiv zu seiner Umwelt stellen kann. So kommt den Exkretionen die Vorstellung eines Geschenkes zu. Sind doch die Produkte der Ausscheidung, Urin und Kot, in der Vorstellung des kleinen Kindes Teile des eigenen Körpers und die Münze, in der das Kind seine Umwelt bezahlt, belohnt (ABRAHAM 1917, (I), 54). Der Säugling oder das Kleinkind müssen nun aber nicht immer die Ausscheidungsprodukte hergeben, sie können sie auch verweigern. Dadurch kann dann freundliche oder abweisende Einstellung zur Umwelt dokumentiert werden (SCHWARZ 1925). Das kleine Kind spricht seinen Ausscheidungsprodukten auch eine Allgewalt zu (ABRAHAM 1923). So können die Ausscheidungsprodukte zum einen in ihrer Menge überschätzt werden, zum anderen kann ihnen eine allmächtige Wirkung zugeschrieben werden, sowohl in einem schaffenden als auch in einem zerstörenden Sinne. Dies steht nun mit der Vorstellung von der Allmacht der Gedanken und der eigenen Wünsche des Kindes in Verbindung. Die Allmacht, die der Blasen- und Darmfunktion zugeschrieben wird, und in der narzißtische Selbstüberschätzung zum Ausdruck kommt, kann man als deren Vorstufe ansehen (ABRAHAM 1920).

Der Mensch scheidet seine Ausscheidungsprodukte jedoch nicht am gleichen Ort aus, sondern über getrennte Organsysteme, über den Darm sowie Blase und Urethra, nach Kot und Urin geschieden. Der Verdauungstrakt mündet nun bei beiden Geschlechtern an der gleichen Stelle, während beim Harntrakt die Mündung der Urethra je nach Geschlecht verschieden ist. Beim Mann mündet sie an der Spitze der Eichel, bei der Frau im Scheidenvorhof.

Die Blasenentleerung betrachtet der Säugling scheinbar mit großem Stolz (FREUD 1916/17, XI, 326) und der Säugling zieht aus der Harnentleerung Lustgewinn (FERENCZI 1924, II, 326 f.). Bei der Harnentleerung kommt es nämlich zu Erre-

gungen entsprechender erogener Schleimhautzonen, so daß der Säugling seine Aktionen meistens so einrichtet, daß sie einen möglichst großen Lustgewinn bringen (FREUD 1916/17, XI, 325). Diese Zonen erogener Natur, beim männlichen Kind Eichel, beim weiblichen Kind Klitoris, haben für die Zukunft noch wichtige Aufgaben. Sie werden jedoch in der frühen Säuglingszeit zunächst nur mit der Harnentleerung in Verbindung gebracht. Durch Sekrete werden diese Zonen infolge Reizung oft schon frühzeitig in sexuelle Erregung gebracht. So lernt dann das Kind schon die Lustempfindungen in seiner Säuglingszeit kennen, die diese Körperstelle zukünftig noch geben kann. Gleichzeitig wird dadurch ein Bedürfnis nach Wiederholung geweckt (FREUD 1905, V, 88 f.). So ist der Miktionsakt also eine der ersten Quellen von Erregungen und Lustempfindungen in Verbindung mit dem Genitalorgan. Man kann sie also schon als Vorläufer späterer orgiastischer Lust bei Geschlechtsverkehr ansehen (WEISS und ENGLISH 1943, 359 ff.). Die infantile Inkontinenz stellt also eine Abfuhr sexueller Energie dar und ist somit eine autoerotische Befriedigung (FENICHEL 1975, II, 61 f.).

Die Endstation der Urinausscheidung, die urethrale Zone, ist nun eine wichtige Interaktionszone des Säuglings. Der Säugling hat ein generelles Bedürfnis, von Abfallprodukten frei zu sein, und die Spannung, die diesen Bedürfnissen zugrundeliegt, wird als das wiederkehrende Bedürfnis, die Blase zu entleeren, erlebt. Um sich jedoch vom Urin zu befreien, bedarf es, wie bei den anderen infantilen Bedürfnissen, einer mütterlichen Bezugsperson. Diese Person muß nun kooperieren, und die eingenäßten Windeln von der Körperoberfläche des Säuglings entfernen. Die Mutterfunktion, die für das Überleben des Säuglings notwendig ist, besteht also hinsichtlich des Urinierens darin, darauf zu achten, daß der Säugling nicht so lange im Urin liegt, da dies eine Störung der Körpertemperatur oder eine Schädigung der Haut zur Folge haben könnte. Eine weitere Aufgabe ist es, darauf zu achten, daß es nicht zu einer Unterdrückung der Harnausscheidung beim Säugling kommt. So wird das Bedürfnis nach Kooperation, nach Zärtlichkeit in Verbindung mit dem Bedürfnis und der Befriedigung Wasser zu lassen, verständlich (SULLIVAN 1953, 126 ff.).

GREENACRE (1959, 106 ff.) weist darauf hin, daß das Wasserlassen beim männlichen Säugling mit einer komplexeren Wahrnehmungsfunktion als beim weiblichen Säugling verbunden ist. So lassen Jungen in einer Zeit, in der sich direkte Augen-Hand-Bewegungen entwickeln und in der die Periode des Aufrechtsitzens beginnt, häufiger Wasser als die Mädchen. Dies höchstwahrscheinlich deshalb, weil dabei das Genitale bloßgelegt wird und es vom männlichen Säugling berührt und gehandhabt werden kann. Mädchen lernen hingegen besser auf das Töpfchen zu gehen. Sie entwickeln auch größere Zeitintervalle zwischen den einzelnen Miktionsakten. Das Erlernen der Beherrschung der Blasenentleerung ist für die Jungen nun eine größere Aufgabe, vor allem wohl deshalb, wenn man bedenkt, daß der Junge auch noch lernen muß, in stehender Position Wasser zu lassen. Dadurch lernt der Junge aber auch früher und besser die Funktionen der visuellen Kontrolle, der Muskelkoordination und der Blasensphinkterkontrolle zu vereinen. So wird für den Jungen das Wasserlassen zu einer ernsten Beschäftigung. Es drückt aber beim Jungen auch eine größere Kraft aus und kann dann eine mehr aggressive Waffe sein. Auf diese Weise kann der Junge dann auch besser Spannungen abführen, während für das Mädchen das Wasserlassen nur ein einfacher Spannungsabfuhrmechanismus ist. Deshalb können Mädchen ihre Spannungen nur zum Teil über die Blasenentleerung abführen. Folge davon ist, daß sie öfter weinen.

5.2 Die Zeit der Reinlichkeitserziehung.

Die Zeitspanne der infantilen Inkontinenz, in der der Säugling einnäßt und einkotet und dadurch die Aufmerksamkeit seiner Mutter erlangt, variiert von Kind zu Kind. Sie ist abhängig von der kindlichen biologischen Reifung sowie sozialen Umständen, wie z.B. der Reinlichkeitserziehung (WOODMANSEY 1972).

Wird von der Mutter oder der Pflegeperson das Untersichlassen als störend erlebt, dann wird das Kind dazu gedrängt, sein Verhalten zu ändern. Die Phase der Reinlichkeitserziehung beginnt (SMITH und AUERBACK 1960). Mit der Reinlichkeitserziehung wird je nach Persönlichkeitsstruktur der Erziehungsperson verschieden früh begonnen. So können Kinder schon vor Ende des ersten Lebensjahres oder im zweiten Lebensjahr auf Zimmerreinheit dressiert sein (SADGER 1910). Gewöhnlich beginnt die Reinlichkeitserziehung des Kindes jedoch im zweiten Lebensjahr (SMITH und AUERBACK 1960). Die Reinlichkeitserziehung hat nun zwei verschiedene Aspekte. Zum einen muß das Kind daran gewöhnt werden, nicht mehr sich und seine Umgebung mit Exkrementen zu verunreinigen. Zum anderen muß es an die zeitliche Regelmäßigkeit der Entleerung gewöhnt werden. Reinlichkeit und regelmäßige Entleerung sind somit die Ziele der Reinlichkeitserziehung (ABRAHAM 1923). Die geregelte Entleerung der Abfallprodukte ist eine sehr große Forderung, die an das Kind gestellt wird. Sie ist aber auch die einzige Leistung der Kinder bis in spätere Zeit. Für das Kind beginnt hier zum ersten Mal das harte Muß und die Pflicht des späteren Lebens (SADGER 1910). Dem Luststreben des Säuglings tritt die Außenwelt mit der Reinlichkeitserziehung entgegen (FREUD 1916/17, XI, 326).

Das Kind muß jetzt lernen, eine Wahrnehmung der Blase zu entwickeln und weitere physiologische und psychologische Reifungsschritte durchlaufen, um seine Ausscheidungsbedürfnisse signalisieren zu können (SMITH und AUERBACK 1960). Die Motivation für die Kinder, Darm- und Blasenkontrolle zu erlernen, ist den Eltern Freude zu bereiten (SMITH und AUERBACK 1960). Dieser Motivation bedarf es, denn das Muß der Entleerung bedeutet für die Kinder eine starke Belastung hinsichtlich ihres Narzißmusses. Die Mehrzahl der Kinder paßt sich den Forderungen der Umwelt früher oder später an, und indem sie sich mit den Forderungen der Eltern identifizieren, können sie auf das Erreichte stolz sein. So wird zwar der

Narzißmus, das Gefühl von Selbstherrlichkeit, durch das "Muß" verletzt, doch wird diese Kränkung kompensiert durch das Lob der Eltern. Aufgrund einer gelungenen Leistung stellt sich jetzt Befriedigung ein. Jetzt gibt der Miktionsakt dem Kind körperliche Befriedigung und ein Gefühl von Stolz (AUERBACK und SMITH 1952), ist doch mit der exkretorischen Leistung ein hohes Selbstwertgefühl des Kindes verbunden. Dies ist umso weniger verwunderlich, wenn man bedenkt, daß das Kind seinen Exkretionen eine Allgewalt zumessen kann, wodurch an den Entleerungsstolz auch ein primitives Machtgefühl gebunden sein kann (ABRAHAM 1923). Man kann sagen, daß das Kind nach erfolgreicher Reinlichkeitserziehung Lust gegen soziale Würde eingetauscht hat (FREUD 1916/17, XI, 326).

Wird in dieser Phase der Reinlichkeitserziehung jedoch ein zu großer Druck auf das Kind ausgeübt, sind die Eltern überbesorgt, so kann das Kind die erlernte Kontrolle verlieren und wieder einnässen. Es kehrt zurück zu der infantilen Form der Ausscheidung (SMITH und AUERBACK 1960). Und dann kann das Kind seine Familie durch nächtliche Inkontinenz kontrollieren, indem es das Wohlbefinden der Familie von einem nassen oder einem trockenen Bett abhängig macht (BAUMANN und HINMAN 1974).

Für den Miktionsakt ist es nun notwendig, das Genitale zu entblößen. Beim Miktionsakt und bei dem dabei stattfindenen Berühren des Penis mit der Hand wird sich der Junge jedoch lustvoller Sensationen bewußt (SMITH und AUERBACK 1960). Auch Hilfe und Unterstützung beim Wasserlassen kann bei Jungen ein angenehmes Gefühl erzeugen. So kann der ganze Miktionsakt, bei dem dem Jungen die Hose geöffnet wird und der Penis herausgenommen wird, lustbetont sein (FREUD 1909b, VII, 256). Wenn nun der Junge beim Wasserlassen mit der Hand den Penis anfaßt, kann die Erziehungsperson auf diese Situation mit gemischten Gefühlen reagieren. Häufig wird dann von den Eltern ein Schamgefühl zu Sozialisationszwecken bei den Kindern durch sexuelle Tabuisierung generiert. Die Eltern können dann den Jungen darauf hinweisen, daß der Penis alleine zum Wasserlassen gebraucht wird und nur gar nicht zu anderen

Zeiten, und daß man, nachdem man den Penis in der Hand gehabt habe, sich immer die Hände waschen müsse. Verläuft nun die ganze Phase der Reinlichkeitserziehung zu stürmisch, kommt es dabei zu Einnässen in der Nacht, finden sich Gefühle von Scham bei den Kindern. Hier liegen dann schon die Wurzeln für spätere Miktionsstörungen. Ist nun infolge sexueller Tabuisierung ein überstarkes Schuldgefühl bei Kindern entwickelt worden, so kann Folge davon sein, daß sie das Bedürfnis entwickeln, nur noch ganz privat Wasser zu lassen. Für diese Kinder ist es dann unmöglich, in ihrem weiteren Leben auf öffentlichen Toiletten Wasser zu lassen (SMITH und AUERBACK 1960).

Zu Zeiten der Reinlichkeitserziehung kann auch das Zurückhalten von Urin zu einer Lustquelle an und für sich werden. Häufig lehnen sich Kinder in der analen Phase, also in der Phase der Reinlichkeitserziehung, gegen "sollen" und "müssen", d.h. gegen befohlene Entleerung und gegen physiologischen Drang auf (Abraham 1923). Sie halten dann aus Trotz den Harn zurück (FREUD 1909b, VII, 289). Indem sie die Entleerung hinausschieben, wehren sie zu zwei Seiten hin ab. Sie wehren sowohl den physiologischen Druck als auch den äußeren Druck ab. Dieses Zurückhalten der Exkretion betrifft aber nicht nur den Blaseninhalt, sondern vor allem den Darminhalt. So verhält sich auch der anale bzw. zwanghafte Charakter eigenwillig jeder Forderung und Bitte anderer gegenüber. Neigt er doch zu hartnäckiger Hinausschiebung jeder Leistung. Auf diese Weise wird dann auch das Verhalten von Neurotikern hinsichtlich ihrer Exkretion verständlich. Sie können Blasen- bzw. Darminhalt so lange wie irgend möglich zurückhalten, wobei dieser protrahierte Verlauf ihnen dann Lust gewährt. Wird dann dem Drang endlich nachgegeben, so wird alles auf einmal abgegeben. Dabei gewährt ihnen dieser akute Abschluß wiederum Entleerungslust (ABRAHAM 1923). Auf diese Weise kann zum Teil retentives Miktionsverhalten erklärt werden (SCHULTZ-HENCKE 1970). Auch FENICHEL (1974, I, 103 f.) weist darauf hin, daß es ebenso, wie es eine anale Retentionslust, eine urethrale Retentionslust gibt. Die Konflikte, die aus ihr entstehen können, tauchen aber häufiger bei

Mädchen auf. Dies nun wohl aus anatomischen Gründen. Insgesamt gesehen tritt jedoch die urethrale Retentionslust im Vergleich zur analen Retentionslust wesentlich seltener auf. Das Kind zieht also aus dem Zurückhalten des Urins und der anschließenden Miktion einen Lustgewinn erotischer Art, den es oft möglichst lange hinausziehen will (SCHWARZ 1925).

Die Beherrschung der Blasenentleerung hat einen großen Stellenwert in der Entwicklung des Kindes. Die Fähigkeit, selbst auf die Toilette zu gehen, ist eine große Leistung und ein wichtiger Individuationsschritt (GALDSTON und PERLMUTTER 1973). Zumeist nässen die Kinder während des zweiten Lebensjahres nicht mehr ein (CHRISTOFFEL 1934/35, HUSCHKA 1943). Ab dem 3. Lebensjahr kann man dann Einnässen als Enuresis bezeichnen (HUSCHKA 1943). Aus der physiologischen Enuresis während der Kindheit wird dann ein pathologischer Zustand (CHRISTOFFEL 1934/35).

Haben normal entwickelte Kinder bis zum 3. Lebensjahr die Beherrschung der Blasenentleerung noch nicht gelernt, so kann man davon ausgehen, daß es sich bei diesen Kindern um starke Urethralerotiker oder auch noch Analerotiker handelt. Man spricht hier von Urethralerotik, weil die Wollustempfindungen, die an den Miktionsakt und den Urin gebunden sind, dem Harnapparat zuzurechnen sind. Die Erotik bezieht sich auf den distalen Harnapparat und seine Ausscheidungsprodukte. Hinzu kommt aber auch noch eine Erogenität des gesamten peripheren Harnapparates. Aber auch der Kitzel auf der Haut durch den eigenen Urin ist für harnerotische Kinder oft besonders lustvoll (SADGER 1910). Das Ziel der Urethralerotik ist es, Lustgewinn beim Wasserlassen zu erzielen. Dabei handelt es sich also um ein autoerotisches Ziel (FENICHEL 1974, I, 103 f.). Der hartnäckige Widerstand des Kindes beim Versuch, die Enuresis zu regulieren, erklärt sich nun daraus, daß der Miktionsakt und seine Produkte Quelle solch intensiver Lust sind, daß diese Kinder die größte Freude daran haben, ihre Blase zu entleeren. Ist diese Lustquelle bei einem

Kind einmal entwickelt, so will ein solches Kind andauernd einnässen, am Tag und zur Nacht (CORIAT 1924). Drohungen oder körperliche Bestrafungen helfen da wenig (SADGER 1910, CORIAT 1924). Die harnerotischen Kinder wollen nämlich die Entleerung der Blase ihrem eigenen Belieben unterstellen. So wird die Meinung verständlich, daß sich, je lebhafter die infantile Sexualität des Kindes ist, um so später Zimmerreinheit einstellt (SADGER 1910).

Urethralerotik scheint nun sehr eng mit der Analerotik verbunden zu sein. Dies scheint nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, daß sexuelle Erregung in der Kindheit an die peripheren Exkretionszonen des eigenen Körpers gebunden ist, an Anus und Urethra, die sowohl erogene als auch exkretorische Funktionen besitzen (CORIAT 1924). So stehen urethrale und anale Gefühle in sehr enger Beziehung zu infantilen Liebesregungen (ABRAHAM 1920). Die enge Beziehung der urethralen und der analen Zone wird auch verständlicher, wenn man bedenkt, daß beide Endstationen der Ausscheidung sind, die eine von Nahrungsresten, die andere von Urin (SULLIVAN 1953, 126 ff.). So vertritt auch CORIAT (1924) die Ansicht, daß der Urethralerotismus in die selbe Phase der psychosexuellen Entwicklung gehört wie der Analerotismus. So weist auch HITSCHMANN (1920) darauf hin, daß die Analerotik wie die Urethralerotik zweifellos der selben Entwicklungszeit angehören (s. auch JOKL 1922). So wird verständlich, daß man bei Zwangsneurotikern, die anale und sadistische Partialtriebe als die prägenitale Organisation beherrschend aufweisen, auch urethralerotische Symptome feststellen kann (JONES 1915, HITSCHMANN 1920). Die Parallelität von Urethralerotik und Analerotik kann man auch daran feststellen, daß urethralerotische Kinder darauf verfallen können, sich Strohhalme oder kleine Stöckchen in die Urethra einzuführen. Es handelt sich dabei um eine Form urethraler Einverleibung, die ein anales Gegenstück in der Neigung von Kindern findet, Gegenstände in den Anus zu stecken (ERIKSON 1971, 78).

5.3 Die Enuresis

Sind die Kinder einmal zimmerrein geworden, kann es doch noch zu periodischem Auftreten von Einnässen, zu Enuresis kommen. Diese Zeiten sind zumeist durch Phasen gesteigerter Geschlechtserregung beim Kind gekennzeichnet (SADGER 1910). So weist CHRISTOFFEL (1934/35) darauf hin, daß Enuresis in zwei Lebensphasen zumeist beim Knaben wieder auftreten kann. Zum einen ist es die Zeit der Manifestation des Ödipuskomplexes, im 3. und 4. Lebensjahr, zum anderen die beginnende Pubertät. GALDSTON und PERLMUTTER (1973) stellen fest, daß auch Mädchen im Alter vom 3. bis 6. Lebensjahr und im Alter von 10 bis 12 Jahren an Miktionsstörungen in Verbindung mit psychischen Problemen leiden können. Um dieses Wiederauftreten von Enuresis verstehen zu können, muß man auf die Geschehnisse in der frühen Säuglingszeit rekurrieren.

Der Säugling erlebt aufgrund von Waschungen und Reibungen, dem Überströmen mit Sekret und anderen Reizungen im Urogenitale Lustempfindungen. Dadurch wird in ihm das Bedürfnis nach Wiederholung geweckt. Auf diese Weise kommt es dann zur Säuglingsonanie (FREUD 1905, V, 88 ff.). Nun gibt es noch zwei weitere Phasen infantiler Sexualäußerungen bzw. infantiler Masturbation. Dies ist zum einen die kurze Zeit der Sexualbetätigung um das 4. Lebensjahr herum und zum anderen die Pubertätszeit. Hinsichtlich der Sexualäußerungen dieser Zeiten stellt nun FREUD fest: "Die Symptomatik dieser Sexualäußerungen ist armselig, für den noch unentwickelten Geschlechtsapparat gibt meist der Harnapparat, gleichsam als sein Vormund, Zeichen. Die meisten sogenannten Blasenleiden dieser Zeit sind sexuelle Störungen." (FREUD 1905, V, 90). Tritt nun bei einem an Sauberkeit gewöhnten Kind wieder Einnässen auf, so kann dieses Kind auf eine infantile Triebbefriedigungsart früherer Zeit regredieren (FENICHEL 1975, II, 62 ff.)

Dies ist dann die Stufe, in der die Kinder in die Hose oder ins Bett machten, um autoerotischen Lustgewinn daraus zu ziehen (FENICHEL 1974, I, 103 ff.). Das Einnässen ist jedoch dann nicht autoerotischer Art, wenn sich dabei objektbezogene Phantasien einstellen. Liegt zwischen dem infantilen, autoerotischen Einnässen und dem späteren Wiederauftreten des Einnässens, der Enuresis, eine Zeit der Masturbation, so kann die Enuresis dann äquivalent bzw. Ersatz unterdrückter Masturbation sein (FENICHEL 1975, II, 62 ff.) oder einer Pollution entsprechen (FREUD 1905, V, 90, vgl. auch FREUD 1909a, VII, 238), im Sinne eines prägenitalen Ausdrucks zumeist genitaler Wünsche. CORIAT (1924) sieht die Enuresis als Regression auf die früheste Lustquelle des Lebens, auf primären Narzißmus, an. Das Wasserlassen im Schlaf ist ein autoerotischer Akt, ein Substitut für Masturbation. Dabei fließt unterdrückte Erotik über. Mit der Enuresis kann aber auch die Vorstellung verbunden sein, daß sie die masturbatorische Aktivität, die den Penis heißt macht, abkühlt. So wird das Feuer der Sexualität durch das Wasserlassen gelöscht. Vorstellungsmäßig ist das Wasserlassen dann mit einem Abkühlungsprozeß verbunden (ROBERTIELLO 1956). CHRISTOFFEL (1934/35) sieht nun die Enuresis mit der Empfindung körperwarmer Flüssigkeit auf der Haut als einen Versuch der Wiederherstellung des vorgeburtlichen Zustandes, des intrauterinen Fruchtwasserdaseins an.

5.4 Die Zeit des Kastrationskomplexes.

Während der ersten Lebensjahre vernachlässigen die Kinder die Wahrnehmung von Geschlechtsunterschieden. Alle Menschen sind ihrer infantilen Sexualtheorie zufolge im Besitze eines Penis. Somit auch die Frauen. Dabei ist die Klitoris des Mädchens das äquivalente Organ zum Penis des Jungen (s. auch ABRAHAM 1917, (I), 46 f.). Aufgrund der Reizbarkeit der Klitoris bekommt nun die Sexualbetätigung des kleinen Mädchens einen männlichen Charakter (FREUD 1908, VII, 177 f.).

In der kindlichen Entwicklung kommt dann eine Zeit, in der sich Jungen wie Mädchen allmählich doch der anatomischen Geschlechtsunterschiede bewußt werden (SMITH und AUERBACK 1960). Vor allem wird sich das urethralerotische Kind des Geschlechtsunterschiedes in Bezug auf das Urinieren bewußt (FENICHEL 1974, I, 103 f.). Die Jungen stellen dann fest, daß die Mädchen beim Urinieren eine andere Stellung einnehmen und ein anderes Geräusch hörbar ist als bei ihnen (FREUD 1923, XIII, 295 f.). Sie stellen fest, daß den Mädchen der Penis fehlt, während die Mädchen die Jungen im Besitz des Penis sehen und neidisch darauf sind (FREUD 1908, VII, 180). Diese Zeit, in der das Mädchen den Jungen um den Penis beneidet, nennt FREUD die sog. "männliche Phase" der Frau. In dieser Zeit beneiden die Mädchen die Jungen wegen dieses Zeichens der Männlichkeit und fühlen sich benachteiligt und zurückgesetzt. Aus diesem Grunde nennt FREUD dies auch "Penisneid" oder "Kastrationskomplex" der Frau. Aus diesem Neid und der daraus resultierenden Feindseligkeit machen die Mädchen dann keinen Hehl. Sie versuchen ihre angebliche Gleichberechtigung zu vertreten, indem sie versuchen, wie Jungen, aufrecht stehend, Wasser zu lassen (FREUD 1918b, XII, 175 f, s. auch FREUD 1913, X, 41). So taucht dann in Verbindung mit dem Kastrationskomplex oft die Urethralerotik wieder auf (FENICHEL 1974, I, 103 f. und 1975, II, 62 ff.).

HORNEY (1923) vertritt die Ansicht, daß die Frau den Mann wegen der Sichtbarkeit des Genitales heftig beneidet. Der Junge kann doch beim Wasserlassen sein Genitale zeigen, es anfassen und besehen. Auf diese Weise kann er seine Sexualneugier zumindestens am eigenen Körper stillen. Diese Möglichkeiten hat das Mädchen nun nicht. Sie kann sich nun aber die Frage stellen, ob sie, wenn sie so Wasser lassen könnte wie der Junge, nicht wüßte, wie ihre genitale Anatomie aussehen würde. Der Neid wird noch dadurch verstärkt, daß der Junge das Genitale beim Wasserlassen anfassen kann, was vom Mädchen als Onanieerlaubnis bewertet werden kann. Sie

darf das nicht, kann sie doch noch nicht einmal ihr Genitale richtig anfassen.

Auf dieser Entwicklungsstufe kann das kleine Kind die beiden Funktionen des Gliedes des Mannes, zum einen Entleerung des Harns und zum anderen Ausführung des Liebesaktes, noch nicht auseinanderhalten. In seiner Vorstellung sind diese Funktionen vereint, obwohl die beiden Akte nicht miteinander zu vereinbaren sind. Folge davon ist, daß die kleinen Kinder glauben, daß Kinder dadurch zustande kommen, daß der Mann in den Leib der Frau hineinuriniert (FREUD 1932, XVI, 9). So entsteht dann die infantile Sexualtheorie, nach der für Kinder Verheiratetsein heißt, "daß man voreinander uriniert", bzw. "daß der Mann in den Topf der Frau uriniert" (FREUD 1908, VII, 184). Der Koitus wird vorgestellt als ein Hineinurinieren in die Frau (FREUD 1918a, XII, 126). Diese Vorstellung rührt auch daher, daß der Samen noch unbekannt ist, wie früher die Vagina den kleinen Kindern nicht bekannt war. Denn die kleinen Kinder können sich nicht vorstellen, daß eine andere Substanz als Harn aus dem männlichen Genitale entleert werden kann. Aus diesem Grunde heraus uriniert auch der Mann in der Vorstellung der Kinder in die Frau (FREUD 1908, VII, 186). Vor allem bei urethralerotischen Kindern findet sich diese Koitustheorie (SADGER 1910). So verwundert es nun nicht mehr, daß Mädchen, bei denen die Urethralerotik stark im Vordergrund steht, fast immer unter einem starken Penisneid leiden (FENICHEL 1975, II, 62 ff.). Beim Mädchen manifestiert sich an dem Symptom der Enuresis dann das Verlangen, so Wasser lassen zu können, wie die Jungen (FENICHEL 1975, II, 62 ff.; ABRAHAM 1921, 82). So kann dann auch schon einmal ein kleines Mädchen aufgrund des Penisneides den Wunsch äußern, lieber ein Junge sein zu wollen (FREUD 1908, VII, 180).

Wenn kleine Mädchen nun versuchen, stehend Wasser zu lassen und dabei scheitern, so dürfte sich daraus weiterer Ärger, Neid sowie Rivalität hinsichtlich des anatomischen Unterschieds entwickeln. Es gibt nun zwei Möglichkeiten auf das Fehlen des Penis und die Notwendigkeit, in einer anderen Position Wasser zu lassen, zu reagieren. Eine Möglichkeit ist es nun,

darauf ärgerlich zu reagieren. Diese Frauen werden dann in ihrem späteren Leben im Extremfall mit Männern rivalisieren, kämpfen und zurückschlagen. Das Leben wird dann für sie zum andauernden Versuch, ihren eigenen Wert immer wieder zu überprüfen. Die andere Möglichkeit ist es, den anatomischen Unterschied zu akzeptieeren, aber darauf dann mit nicht-angebrachter Hilflosigkeit und Defizitvorstellungen zu reagieren. Zumeist reagieren die Frauen jedoch mit einer Mischung aus diesen beiden Möglichkeiten und akzeptieren mehr oder weniger ihre weibliche Geschlechtsrolle.

Die Wahrnehmung des Geschlechtsunterschiedes und deren Verarbeitung geht auch beim Jungen nicht ohne Probleme vonstatten. Dadurch, daß der Junge den anatomischen Unterschied erkennt, besteht für ihn plötzlich die Möglichkeit, daß er seinen Penis verlieren kann und damit auch seine Männlichkeit. Diese sog. "Kastrationsangst" wird auch noch durch Schuldgefühle wegen Masturbation zusätzlich angeheizt. Zur selben Zeit rivalisiert der Junge auch noch mit dem Vater um die Zuwendung und Liebe seiner Mutter. Dies erzeugt in ihm auch noch Angst vor körperlicher Bestrafung, die bewußt oder unbewußt auch Sorge um den Penis erwachsen läßt. Während dieser Entwicklungszeit, die durch Gefühle von Scham, Schuld und Angst gekennzeichnet ist, kann es nun geschehen, daß Jungen sich einfach von der Umwelt überwältigt fühlen und ein passives Verhalten entwickeln, während andere, nachdem sie die Blasenkontrolle erlernt haben, stolz auf ihre "Männlichkeit" sind. Daraus können sich dann Verhaltensmöglichkeiten entwickeln, die vergleichbar denen des kleinen Mädchens sind (s. oben), daß nämlich die einen eine passive und hilflose Haltung entwickeln, während andere ein mehr aggressives, zuweilen zu stark selbstsicheres Verhalten entwickeln (SMITH und AUERBACK 1960). Dies sind jeweils die beiden Pole, zwischen denen sich Mädchen bzw. Jungen entwickeln können.

In diesem Zusammenhang ist es nun interessant festzustellen, daß sich Frauen, die oft an psychogenen Blasenfunktionsstörungen leiden, in zwei Grundtypen einteilen lassen. Der eine Typ ist der mehr aggressivere, scheinbar selbstsichere, der andere Typ der unterdrückte und gehemmte (SMITH und AUERBACK 1960, CHERTOK et al. 1977). So scheinen sich bei Frauen Konflikte, die im Penisneid ihre Wurzel haben, in Miktionsbeschwerden zu manifestieren. (FENICHEL 1974, I, 103 f.).

So kann man bei Frauen, die bis in die Adoleszenz hinein einnässen, feststellen, daß dies oft als Versuch zu interpretieren ist, fehlende männliche Charakteristika dadurch zu kompensieren, daß sie versuchen, so Wasser zu lassen wie ein Mann (CORIAT 1924). Hier wird verständlich, daß dem Bettnässen zuweilen auch eine ausgesprochen aggressive Bedeutung zukommen kann (FENICHEL 1975, II, 62 ff.). Durch das Versagen der Entleerungskontrolle kann aber auch ein Gefühl von Ohnmacht erzeugt werden (ABRAHAM 1923). Auch kann der Miktionsakt eine Quelle der Tröstung sein. Weiß man doch, daß Kinder, wenn man ihnen einen Wunsch versagt, manchmal nicht nur weinen, sondern auch noch um des Trostes willen einnässen (SADGER 1910). Die Vorstellung des Fließenlassens kann aber auch vom Urin auf die Tränen verschoben werden (FENICHEL 1974, I, 103 f.).

Bei Männern mit psychogenen Blasenstörungen herrscht zumeist ein passiver weicherziger und sanftmütiger Typ vor (SMITH und AUERBACK 1960, GALDSTONE und PERLMUTTER 1973, MESTER 1975).

So kann man beim Jungen in der Inkontinenz auch einen weiblichen Charakterzug sehen. Denn indem er passiv Wasser läßt, kann er hoffen, auf eine weibliche Art und Weise Lust zu erfahren. Diese Art des Wasserlassens kann man aber auch als Regression auf eine frühe Lustquelle ansehen. Dahinter findet sich dann oft die Sehnsucht und die Hoffnung auf die Freiheit der Säuglingszeit (FENICHEL 1975, II, 62 ff.).

In diesem Zusammenhang sei noch erwähnt, daß FLIESS (1956,171) darauf verweist, daß auch die Möglichkeit besteht, Kontinenz mit phallisch und Inkontinenz mit kastriert gleichzusetzen.

5.5 Die Zeit der Pubertät.

In der Pubertät treten eine Menge von Sexualphänomenen auf, die man nachgeradezu als die Fortsetzung der kindlichen Urethralerotik auffassen kann. SADGER (1910) schließt daraus, "daß die infantile Harnerotik vorbildlich wird für die ganze spätere Sexualentwicklung, was um so leichter geschehen kann, als der Übergang von einem Sekrete zum anderen, dem die nämliche erotische Bedeutung zukommt, ganz fließend und natürlich erfolgt... War beim Kinde der Kitzel in der Harnröhre gänzlich sekretlos oder höchstens von Urinabscheidungen begleitet, so erfolgt jetzt statt dessen eine Pollution oder Sperma- bzw. Prostatorrhöe... Wurde früher der Geschlechtsakt einfach durch Anpissen des anderen besorgt, so nunmehr durch normale Ejakulation... Wo früher Incontinentia urinae bestand, kommt es jetzt zu gehäuften Pollutionen, zur Spermatorrhöe und Ejaculatio praecox. Die Retentio urinae setzt sich in verzögerte Ejakulation um." (1910, 419).

Die enge Beziehung von Sexualität und Urethralerotik erklärt sich auch dadurch, daß Harn- und Geschlechtsapparat beim Mann im peripheren Teil in der gleichen Bahn verlaufen und daß die peripheren Genitalien bei beiden Geschlechtern von Urin bespült werden. So kann die Urethralerotik Vorbild für das spätere Sexualleben sein (SADGER 1910). So weist auch FENICHEL (1974, I,111) darauf hin, daß, da Harn- und Geschlechtsorgane zum Teil identisch sind, gewiß die ersten genitalen Strebungen mit der Urethralerotik verbunden sind.

Hier findet sich also der Überschneidungspunkt von Urethralerotik und Genitalerotik bzw. von Miktionsstörungen und Sexualstörungen. So klagen nämlich viele Patienten mit Miktionsstörungen auch über Sexualstörungen, z.B. über Frigidität oder Ejakulatio praecox, wie auch umgekehrt Patienten mit Sexualstörungen über Miktionsstörungen klagen können. FERENCZI (1925, II, 149) weist schon darauf hin, daß häufig urethrale Störungen bei impotenten Männern als auch bei frigiden Frauen auftreten, die wiederum mit analen Störungen verbunden sein können.

Bei der Ejaculatio praecox, dem vorzeitigen oder überstürzten Samenabgang, findet sich eine sehr enge Verknüpfung von Genitalität und Urethralerotik. Der Samen wird von diesen Patienten wie Harn behandelt, mit derselben Sorglosigkeit wie wertlose Ausscheidung (FERENCZI 1924, II, 321). Erst spät und nur unvollkommen haben diese Patienten die normale Blasenentleerung zu beherrschen gelernt, und das körperliche Erleben bei der Ejaculatio praecox ist für sie zumeist identisch mit dem bei unkontrolliertem Harnabfluß (ABRAHAM 1917, (I), 45). Bei der Ejaculatio praecox handelt es sich also um eine libidinöse Fixierung an die Urethralerotik. Wenn beim Geschlechtsverkehr Druck empfunden wird, wird der Samen, der unbewußt mit Urin gleichgesetzt ist, sofort entleert (BENEDEK, 1977, 192)

Die Frigidität der Frau hat ihre Wurzeln in den Ängsten, die mit dem möglichen Erreichen des Sexualziels unbewußt verbunden sind. Dies kann die Angst sein, beim Geschlechtsverkehr durch den Penis verletzt zu werden oder die Angst vor den möglichen Folgen eines Geschlechtsverkehrs, Schwangerschaft und Geburt (BENEDEK 1977, 197). Frigide Frauen halten nun an der Klitoriserregung der Kindheit fest, weshalb diese Frauen beim Geschlechtsverkehr anästhetisch sind. (FREUD 1908, VII, 178 f.). In der Pubertät muß nämlich bei der Frau die höchste Erogenität von der Klitoris auf die Vagina übergehen. Durch diesen Übergang der stärksten Erogenität von der Klitoris auf den Scheideneingang kommt es dann zu einer Aufgabe des männlichen Zuges der weiblichen Sexualität. Bleibt die während der Kindheit bestehende

vorwiegende Erregbarkeit der Klitoris bestehen, des Organs, das das analoge Organ des Mädchens zum Penis des Jungen in der Kindheit ist, so verbleibt der männliche Zug der weiblichen Sexualität. Folge davon ist die Untererregbarkeit der Frau beim Geschlechtsverkehr, die sog. Frigidität (ABRAHAM 1917, (I), 46 f.).

ABRAHAM (1917, (I), 47) stellt nun in Bezug auf das Verhältnis von Ejaculatio praecox und Frigidität fest, daß die dem jeweiligen Geschlecht zugehörigen Leitzonen ihre entsprechende Bedeutung an die Körperpartie abgegeben hat, die der Leitzone des anderen Geshlechts entspricht.

Man kann nun feststellen, daß bei den Patienten, bei denen die genitale Erotik und Sexualität verdrängt wird, Urethral- bzw. Analerotik stark zum Ausdruck kommen kann (ABRAHAM, 1920, 241). Diese Patienten regredieren somit auf eine Stufe infantiler Vorstellungen, wonach den Exkretionsvorgängen die Bedeutung von Sexualfunktionen zukommt (ABRAHAM 1912, II, 237). Es ist die Stufe, auf der das Kind noch nicht urethral und genital, Harn- und Genitaltrakt vorstellungsmäßig auseinanderhalten kann. Auf dieser Stufe kann es dann den Miktionsakt noch für einen Sexualakt halten und dabei Lust empfinden (STUTZIN und WARNER 1928).

Die enge Verbindung von Urethralerotik und Sexualität wird auch darin deutlich, daß Kinder oder Heranwachsende dann, wenn ein sexueller Stimulus zum ersten Male auftritt, die ungewohnte Blutfülle im Becken und die Schwellungsgefühle für Reize von seiten der Blase halten, und das Bedürfnis haben, Wasser zu lassen (AUERBACK und SMITH 1952).
Auch kann bei einer vollen Blase bei Frauen wie auch bei Männern die sexuelle Erregung während des Geschlechtsverkehrs erhöht sein (ROBERTIELLO 1956). Konnten sie doch als Heranwachsende feststellen, daß Blasendruck die erotische Lust in sexueller Hinsicht steigern kann (AUERBACK und SMITH 1952). So geben auch einzelne Frauen an, größere

sexuelle Lust zu entwickeln, wenn die Blase zum Teil gefüllt ist. Es kann auch vorkommen, daß Männer die Vorstellung entwickeln, daß eine Erektion aufgrund einer vollen Blase auftreten kann. Verschwindet doch die Erektion, nachdem sie Wasser gelassen haben (MENNINGER 1941). Diese Vorstellung kann darin ihren Grund finden, daß Jungen eine Erektion während der Adoleszenz bekommen können, wenn sie eine volle Blase haben (ROBERTIELLO 1956). Es gibt auch Menschen, die eine sexuelle Erregung zuerst als Harndrang erleben und dann erst am Genitale (NUNBERG, 1975, 104).

Da das urethralerotische Erleben eng mit dem des analerotischen verbunden sein kann, (SADGER 1910, CORIAT 1924), verwundert es nicht mehr, daß Patienten mit Miktionsstörungen auch über Verdauungsstörungen klagen können. So klagen Frauen, die an Harnverhaltung leiden, häufig über Perioden von Verstopfung (FLIESS, 1961, 332, MESTER 1975).

5.6 Miktionsstörungen bei der Frau.

ABRAHAM (1921, II, 82, s. auch CORIAT 1924) stellt nun fest, daß die Enuresis bei Frauen zuweilen auf der Wunschphantasie beruhen kann, so Wasser zu lassen, wie ein Mann. Denn die Wut vieler neurotischer Frauen, die den Mann schon wegen seines Penis beneiden, wird noch weiter angeheizt, wenn bei ihnen die infantile Sexualtheorie der sadistischen Auffassung des Geschlechtsverkehrs weiter fortbesteht. Dadurch bekommt dann der Geschlechtsverkehr, der Liebesakt, eine gewalttätige Bedeutung. Dem schwächeren Teil, d.h. der Frau, wird vom stärkeren Teil, d.h. dem Mann, Gewalt angetan (FREUD 1908,VII, 182). Deshalb erlebt sie sich auch beim Geschlechtsverkehr als die Unterlegene und glaubt, den Geschlechtsverkehr erdulden zu müssen (FREUD 1918b, XII, 176 f.). Diese Frauen besitzen nun auch starke Widerstände gegen ihre weiblichen Sexual-

funktionen und neigen dazu, den Mann beim Geschlechtsverkehr mit Harn zu benetzen, aus dem infantilen Wunsch heraus, wie ein Mann Wasser zu lassen, und sie verwechseln dabei Urin mit Samen und Miktion mit Ejaculation (ABRAHAM 1921, II, 82). Bei diesen Frauen mit starkem "Männlichkeitskomplex" findet sich auch in Träumen ihre Nähe zur Urethralerotik (ABRAHAM 1920).

Wenn man bedenkt, daß die Miktion auch als ein Fließenlassen erlebt werden kann, als Ausschaltung der Kontrolle und als passive Selbstaufgabe (FENICHEL 1974, I, 103 f.), so wird verständlich, daß diese Frauen die Vorstellung entwickeln können, daß sie die Kontrolle über die Blase verlieren könnten, wenn sie sich auf dem Höhepunkt des Geschlechtsverkehrs der Erregung ganz hingeben würden. Dahinter steht ihre eigene Angst, von der eigenen Erregung überwältigt zu werden, die Kontrolle zu verlieren und sich hinzugeben (FENICHEL 1975, II, 62 ff.).

Mädchen in der phallischen Phase können auch dazu neigen, durch Retention von Urin sexuelle Lust zu gewinnen. FLIESS (1961, 332) sieht darin eine Persistenz der analen Phase in der phallischen Phase. Daran können aber auch viele neurotische Frauen das ganze Leben über leiden. FENICHEL (1975, II, 62 ff.) weist darauf hin, daß eine Harnverhaltung auch den Zweck haben kann, eine Enuresis zu verhindern. Bei Frauen wird eine daraus resultierende sekundäre erogene Retentionslust häufiger erzeugt als bei Jungen. WAHL und GOLDEN (1964) stellen fest, daß die Unterdrückung frühinfantiler Wünsche Ursache für die Entwicklung einer Harnverhaltung bei Frauen sein kann. Diese Frauen leiden dann an unterdrückten genitalen Sexualkonflikten, weshalb ihr Genitale tabu ist. Aber auch der Akt des Wasserlassens ist mit verbotenen erotischen Gefühlen verbunden. So muß der Wunsch des Wiedererlebens infantiler Lust beim Wasserlassen auch unterdrückt werden. Folge ist die Harnverhaltung.

5.7 Hauptcharakterzüge des Urethralerotikers.

Charakteristikum des Urethralerotikers ist die infantile Lust an der Miktion. Dies zeigt sich an der Neigung dieser Menschen zur Enuresis (SADGER 1910, CORIAT 1924), und daraus erklären sich auch die Hauptcharakterzüge.

1. Brennender Ehrgeiz (HITSCHMANN 1920; SCHWARZ 1925; FREUD, 1905, V, 141 und 1933, XV, 108).

Die Verbindung zwischen Urethralerotik und Ehrgeiz ist deshalb gut vorstellbar, kennt man doch den wohlbekannten Wetteifer von Jungen, wer von ihnen am weitesten den Urinstrahl spritzen kann, inwieweit dieser lenkbar ist und welche Höhe er erreichen kann. In diesem Stolz auf die Lenkbarkeit des Urinstrahls kommt auch der Hauptbestandteil der Gefühlseinstellung des Jungen hinsichtlich seines Penis zum Ausdruck (JONES 1915, ROWAN 1975, s. auch HARNIK 1923).
Der Ehrgeiz kann auch als ein Bestreben verstanden werden, Scham zu vermeiden, die auftritt, wenn ein Kind bzw. ein Erwachsener einnäßt (FENICHEL 1975, II, 62 ff.). Ein Bettnässer entwickelt aus dieser Minderwertigkeit dann den Ehrgeiz (FERENCZI 1916, I, 229). Dieser Ehrgeiz wird zum Kampf gegen die Scham aufgrund des Einnässens (FENICHEL 1974,I, 103 f.). Das Ziel des Ehrgeizes liegt dann darin, zu beweisen, daß Scham nicht mehr angebracht ist (FENICHEL 1974, I, 200). So kann es aber auch geschehen, daß in ihrem Ehrgeiz und in ihrer Eitelkeit verletzte und gedemütigte Menschen darauf unbewußt mit Harndrang reagieren. Sie regredieren dann auf eine infantile Stufe, auf der der Trieb, nicht mehr sublimiert seine Befriedigung findet (FERENCZI 1912, I, 111).

2. Rivalität

Ehrgeiz und Harnerotik als auch Rivalität und Wettbewerb stehen untereinander in enger Beziehung. Kennt man doch das

kindliche Spiel, in der Gruppe durch Wasser lassen ein Feuer zu löschen. Dabei genießen die Kinder ihre männliche Potenz im homosexuellen Wettkampf (FREUD 1930, XIV, 449). Der Ehrgeiz und das Rivalisieren hängt auch mit der Tatsache zusammen, daß Urinieren beim Mann viel häufiger stehend und in Gesellschaft stattfindet, wobei dann die Möglichkeit des Vergleichs und der Konkurrenz bestehen kann (JONES 1915). So weist auch FENICHEL (1977, III, 62f.) darauf hin, daß der Wettbewerb und mit ihm der Ehrgeiz in Verbindung mit dem Miktionsakt ein Hauptcharakteristikum der Urethralerotik des Kindes ist. Das Mädchen kann wegen der Aussichtslosigkeit im urethralen Wettbewerb oft seinen Ehrgeiz sekundär auf das Anale verschieben.

3. Scham (SCHWARZ 1925, SMITH und AUERBACK 1960)
Scham entwickelt sich vor allem bei Patienten, die einnässen (FENICHEL 1975, II, 62 ff). Denn befolgt ein Kind das urethrale Sauberkeitsgebot nicht, bringt seine Umwelt es dazu, sich zu schämen. Diese Scham soll nun der Abwehr der urethralerotischen Versuchung, einzunässen, dienen (FENICHEL 1974, I, 103 f.). Auf diese Weise kommt es dann zu einer innigen Verbindung von unfreiwilliger Harnentleerung sowie von Beschämung und Scham (FREUD 1918a, XII, 126) und so wird dann auch die Verbindung von Urethralerotik und Scham verständlich (FENICHEL 1974, I, 103 f.).

4. Stolz
Die Beherrschung der Sphinkterkontrolle der Blase vermittelt dem Kind narzißtischen Stolz (JONES 1915), braucht das Kind sich für sein Einnässen doch nicht mehr zu schämen, sondern kann stolz auf die Befolgung des urethralen Sauberkeitsgebotes sein (FENICHEL 1974, I, 103f.). Aber nicht nur die Beherrschung der Sphinkterkontrolle, sondern auch das Vertrauen die exkretorische Funktion alleine, ohne Mithilfe anderer, ausführen zu können, erfüllt den kleinen Jungen mit Stolz. Dies dann auf einer Entwicklungsstufe, die der Selbstkontrolle folgt (JONES 1915).

5. Beschäftigung mit Wasser

Aufgrund der unbewußten Gleichsetzung von Wasser mit Urin neigen Urethralerotiker zu Exzessen beim Waschen oder Baden (HITSCHMANN 1920). Sie lieben das Wasser, schwimmen gerne und interessieren sich für die See (s. auch FREUD 1900, II/III, 400). So segeln diese Menschen auch gerne oder werden Seemann (CORIAT 1924). SADGER (1910) weist darauf hin, daß die Sublimierung der Harnerotik so weit gehen kann, daß sie bis in die Sport- und Berufswahl hineinreicht. So werden Sportarten und Berufe bevorzugt, die mit Wasser zu tun haben.

FERENZCI (1925, II, 154) stellt ferner fest daß der urethrale Charakter leicht entflammbar ist, und es ihm nicht möglich ist, psychische Spannung ohne sofortige Entladung zu ertragen (vgl. auch FERENCZI 1921, II, 67). Ferner können urethrale Verschwendungstendenzen auftreten (FERENCZI 1924, II, 327).

5.8 Erotische, aggressive sowie selbstbestrafende Bedeutung des Miktionsaktes.

Dem Miktionsakt kann zum einem eine lustvolle, erotische, zum anderen auch eine aggressive Bedeutung zukommen (s. z.B. WEISS und ENGLISH, 1943, 359 f,, MENNINGER 1941). Auf diesen ambivalenten Charakter des Miktionsaktes weist schon ABRAHAM (1917, (I), 57) hin. Kann man doch zum einen Urinieren als Besudelung ansehen, zum anderen als Sympathiebeweis.

5.8.1 Die erotische Bedeutung des Miktionsaktes.

Es ist eine altbekannte Tatsache, daß nicht nur mit dem Einnässen ein lustvolles Erleben verbunden sein kann, sondern daß auch das Anurinieren einer anderen Person als Liebesbeweis anzusehen ist. Näßt doch der Säugling schon einmal bei Menschen ein, die er mag. Er gibt sozusagen einen "warmen Liebesbeweis" (SADGER 1910), der eine der primitivsten Liebesbeweise darstellt (ABRAHAM 1917, (I), 54). Die Urethralerotik vermag sich also, nachdem sie in der frühen Kindheit autoerotische Ziele verfolgte, Objekten zuzuwenden. Kinder können sich dann vorstellen, auf Objekte Wasser zu lassen und entwickeln dabei sexuell erregende Phantasien (SADGER 1910; FENICHEL 1974, I, 103 f.). So lassen z.B. Kinder sehr gerne Urin in die verschiedensten Gefäße, urinieren sich gegenseitig an, oder schauen beim Wasserlassen anderen zu, bzw. lassen zuschauen.

Erinnert man sich jetzt an die infantile Koitusvorstellung der urethralerotischen Kinder, so ist dies dann Ersatz bzw. Äquivalent zum Geschlechtsverkehr (SADGER 1910; SCHWARZ 1925). Das Wasserlassen ist hier also unverkennbar mit erotischen, sexuellen Vorstellungen verbunden (FREUD 1894, I, 68).
Der Miktionsakt scheint nun einer der am nächsten möglichen Annäherungen an genitale Sexualität zu sein. So kann es denn auch nicht verwundern, daß der Miktionsakt wohl niemals deerotisiert werden kann (MENNINGER 1941).
Diese Bestrebungen erotischer Art in Verbindung mit dem Miktionsakt bezeichnet CHRISTOFFEL (1934/35) als Urophilie.

5.8.2 Die aggressive Bedeutung des Miktionsaktes.

Dem Miktionsakt kann aber auch eine aggressive Bedeutung zukommen. Dies verwundert nicht, wenn man bedenkt, daß Blasen- als auch Darmfunktionen Träger feindseliger Regung sein können. Die Blasen- bzw. Darmfunktion ist dann in den Dienst des

Narzißmus gestellt. Der Urin kann dann als Werkzeug des Sadismus auftreten, dem eine ungeheure Wirkung zugeschrieben wird (ABRAHAM 1920). Der Sadismus ist hier mit der Urethralerotik verbunden, wie er sonst mit der Analerotik verbunden sein kann (HITSCHMANN 1920).

Auf einer anderen Entwicklungsstufe kann der Urinierlust bei Männern wie auch bei Frauen eine phallische und sadistische Bedeutung zugemessen werden. Mit dem Miktionsakt sind dann Phantasien aktiven Eindringens bzw. Zerstörungs- oder Beschädigungsphantasien verbunden (FENICHEL 1974, I, 103 f.).

Auf die Möglichkeit, Feindseligkeit im Miktionsakt auszudrücken, weisen schon genug umgangssprachliche Ausdrücke hin, Wörter oder Phrasen, die einen feindlichen und aggresiven Inhalt in Bezug auf das Wasserlassen ausdrücken. So gibt es die verschiedensten derben Ausdrücke des "Anpissens", in denen Urin auf Personen, die verhaßt sind, geschüttet wird (CHRISTOFFEL 1934/35, MENNINGER 1941, WEISS und ENGLISH 1943, 359 f., ROWAN 1975). So verwundert es nicht mehr, daß in Polyurie und Enuresis auch exkretorische Aggression zum Ausdruck kommen kann. (MENNINGER 1941, FENICHEL 1975, II, 62 ff.). Diese Bestrebungen aggressiver Art in Verbindung mit dem Miktionsakt bezeichnet CHRISTOFFEL (1935 und 1955) als Uropolemie.

5.8.3 Die selbstbestrafende Bedeutung des Miktionsaktes

Kommt es zu pathologischen Veränderungen im Miktionsverhalten und zu ernsten Beschwerden, so kann man diese selbstbestrafende Bedeutung des Miktionsaktes der aggressiven Bedeutung des Miktionsaktes hinzuzählen (CORIAT 1924, MENNINGER 1941, WEISS und und ENGLISH 1943, 359 f., SMITH und AUERBACK 1960). ABRAHAM (1912, II, 239 f.) weist darauf hin, daß mit dem Zurückhalten von Blasen- bzw. Darminhalt oft auch ein masochistisches Element verbunden sein kann, hinter dem der Zwang zur Zurückhaltung von Bedürfnissen stehen kann.

5.9 Das urethrale Antriebserleben

SCHULTZ-HENCKE (1970, 35 ff.) stellt fest, daß Kinder oft sich einfach dem Drang überlassen, Wasser zu lassen. Dabei kümmern sie sich nicht um räumliche oder zeitliche Situation und überlassen sich einfach der liebevollen Zuwen-

dung der anderen Menschen. Dieser Drang stößt nun während der Zeit der Reinlichkeitserziehung auf Widerstände von seiten der Umwelt. Ist jedoch die Beherrschung der Blasenentleerung erlernt, so ist der Junge dem Mädchen gegenüber von Stolz erfüllt, kann er doch in hohem Bogen, die Richtung steuernd, Wasser lassen.

Wenn man nun bedenkt, daß Vertrauen dazu notwendig ist, um wie ein Säugling einfach den Urin laufen zu lassen, so kann man sagen, daß dieses Vertrauen den Charakter der Hingabe besitzen muß, und sich der Säugling der Liebe und Zuwendung seiner Umwelt sicher sein muß. Er verströmt sich im Vertrauen darauf, daß auch dieses Einnässen als Ausdruck seiner Persönlichkeit bejaht und nicht zurückgewiesen wird. So läßt er den Urin strömen und fühlt sich in der warmen Nässe geborgen. Wenn er dann noch bemerkt, daß Erwachsene sich freuen, wenn er seinen Urin hergibt, so kann das Verströmen den Charakter des Sich-Verschenkens bekommen. Das urethrale Erlebensgebiet ist dann gekennzeichnet durch Strömenlassen, Laufenlassen und Sich-Verschenken. Da das urethrale Erlebensgebiet eng mit dem sexuellen verbunden ist und dort mit einem der wesentlichsten Bedürfnisbereiche, nämlich dem der Hingabe, kann es dazu kommen, daß Hergeben und Sich-Hingeben gefühlsmäßig zusammenfließen können.

5.10 Sexualstörungen und Miktionsstörungen

Bedenkt man dies alles, verwundert es nicht mehr, daß bei Patienten im Zusammenhang mit Sexualstörungen auch Miktionsstörungen auftreten können. Kommt doch bei Patienten, bei denen die genitale Sexualität verdrängt bzw. gestört ist, Urethral- und Analerotik stark zum Ausdruck (ABRAHAM 1920). Sexuelle Befriedigung kann dann, wenn sie nicht erreichbar ist, durch Harnsymptome ersetzt werden (HERBERT 1922, AUERBACK und SMITH 1952, SMITH und AUERBACK 1960). Weist auch schon FREUD (1894 I, 69 f., 1895 I, 324, 1896 I, 451) auf das Auftreten von Miktionsstörungen in Verbindung mit Konflikten sexueller Natur bei Phobie, Angstneurose und Hysterie hin.

6. Zusammenfassung.

Nach Durchsicht der Literatur hinsichtlich der Bedeutung von psychischen Einflüssen auf den Harntrakt kann festgestellt werden, daß der Harntrakt stark von psychischen Faktoren beeinflußt wird. So ist die Diureseleistung psychisch beeinflußbar, wie auch Affekte und Emotionen eine Veränderung des Miktionsverhaltens erzeugen können.

An der Genese von urologischen Symptomen und Krankheitsbildern können auch psychische Faktoren einen Anteil haben.
Bei den nachfolgenden Krankheitsbildern finden sich psychische Faktoren, die im Zusammenhang mit einer psychosomatischen Genese dieser Krankheitsbilder eine Rolle spielen können.

1. Bei dem Syndrom der trägen Blase, an dem vor allem Mädchen leiden, die dazu neigen, den Harn zurückzuhalten, und 2. bei der nicht-neurogenen neurogenen Blasenstörung, von der vor allem Jungen betroffen sind, die einnässen und auf stockende Art und Weise Wasser lassen, können die festgestellten Verhaltens- und Persönlichkeitszüge Einfluß auf die Miktionsstörungen der Kinder besitzen.

3. Bei der Reizblase finden sich bei den Patienten vor allem psychische Konflikte, die der Sexualsphäre entstammen, so z.B. sexuelle Abneigung, sexuelle Unzufriedenheit, Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr und andere Störungen der Psychosexualität. Die Patientinnen sind zumeist frigide, während die Patienten an Ejaculatio praecox leiden. Von psychiatrischer Seite läßt sich sagen, daß diese Patienten an Hysterie, Angstneurose, Phobie oder Depression leiden. Sie können aber auch eine masochistische Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Der Harndrang und der anschließende Miktionsakt kann von diesen Patienten aufgrund unbewußter Abwehr genital-sexueller Wünsche

oder genital-sexueller Unzufriedenheit auf einer regressiven Entwicklungsstufe als Äquivalent genitaler Sexualität erlebt werden, so daß die unbefriedigte genitale Libido doch noch abgeführt werden kann. In dem Harndrang kann sich aber auch ein wütender, ärgerlicher und aggressiver Affekt manifestieren.

4. Bei den Patienten, die an Dysuria psychica bzw. Harnstotterr leiden, handelt es sich oft um scheue, ängstliche Menschen, denen es aufgrund überstark ausgeprägter Schamhaftigkeit nicht möglich ist, an ungewohnten Orten Wasser zu lassen.

5. Psychogene Inkontinenz findet sich oft in Verbindung mit sexuellen Konflikten. Bei Patienten mit Urge-Inkontinenz oder Detrusorinkontinenz bei Detrusordyssynergie finden sich vor allem Konflikte, die der Sexualsphäre entstammen, wie Dyspareunie und andere Sexualstörungen. Es finden sich aber auch noch andere Faktoren, die mit dem Auftreten von Inkontinenzbeschwerden in Verbindung stehen, so z.B. Ehe- und Familienprobleme und operative Eingriffe. Die Patienten weisen meist hysterische Persönlichkeitszüge auf oder leiden an Depression. Ein ärgerlicher und wütender Affekt kann sich aber auch in der Inkontinenz manifestieren. Da es bei diesen Formen von Inkontinenz zu unbewußten Detrusorkontraktionen wie bei der Enuresis kommt, stellt sich die Frage, ob nicht diese Inkontinenzformen eigentlich Enuresisformen des Erwachsenenalters sind, zumal diese Patienten oft Enuresis in der Kindheit anamnestisch angeben.

6. Bei der psychogenen Harnverhaltung finden sich bei den Patienten zumeist Konflikte, die dem Bereich der Sexualsphäre entstammen. So leiden die Patientinnen z.B. an Frigidität und anderen Sexualstörungen, sie können aber auch über Ehe- und Partnerschaftskonflikte klagen. Die Harnverhaltung kann auch im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen auftreten. Von psychiatrischer Seite ist nun zu sagen, daß diese Patienten zumeist eine hysterische Persönlich-

keitsstruktur, aber auch manchmal eine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Oft leiden sie auch an Depressionen. Auch Patienten mit sexuellen Perversionen als auch psychotischen Patienten können eine psychogene Harnverhaltung entwickeln, wie übrigens Psychotiker öfters an Störungen in Verbindung mit dem Harntrakt leiden (s. dazu SHIELDS 1937, TAUBER et al. 1938, GATES und WEINBERGER 1955, FLIESS 1973, 233 ff.). Die psychogene Harnverhaltung kann nun als Manifestation unterdrückter, tabuisierter, genitaler Sexualität angesehen werden, aber auch als Manifestation von wütenden, ärgerlichen und aggressiven Affekten sowie als masochistisches Symptom.

7. Die postoperative Harnverhaltung ist zumeist psychogen bedingt bzw. mitbedingt. Ihre Ursache liegt sowohl in der Angst, die sich durch den Krankenhausaufenthalt einstellt, als auch in der psychischen Hemmung, in ungewohnter Position Wasser zu lassen. Es können aber auch noch psychostrukturelle Besonderheiten bei einzelnen Patienten eine Rolle spielen.

8. Patienten mit interstitieller Cystitis weisen eine auffällige, nervöse und neurasthenische Persönlichkeitsstruktur auf. Unter Umständen kann die Genese einer interstitiellen Cystitis als masochistisches Symptom aufgefaßt werden.

Aufgrund dieser Befunde läßt sich nun sagen, daß ein Großteil urologischer Störungen als ein psychoneurotisches Organsymptom angesehen werden kann. Die auslösenden Situationen für diese urologischen Krankheitsbilder stehen vor allem in enger Beziehung zur Sexualsphäre. Eine sexuelle Verlockung, ein möglicher, aber unbewußt gefürchteter Geschlechtsverkehr, ein unbefriedigender Geschlechtsverkehr, unbewußt verbotene sexuelle Aktivität, ein sexuelles Trauma, eine Vergewaltigung oder ein Vergewaltigungsversuch sowie auch eine bevorstehende Hochzeit können urologische Symptome und Krankheitsbilder produzieren (s. SMITH und AUERBACK 1960).

Auch die psychischen Konflikte dieser Patienten entstammen zumeist der Sexualsphäre. Prävalieren bei Patienten mit diesen urologischen Störungen doch hysterische Persönlichkeitsstrukturen und weisen die Patienten doch zumeist auch Sexualstörungen auf. So klagen Frauen oft über Frigidität oder Vaginismus, während die Männer über Ejaculatio praecox oder Ejaculatio retardata klagen. Vor allem findet sich bei Frauen, die am häufigsten von den oben beschriebenen urologischen Störungen betroffen sind, eine enge Verbindung des Auftretens von Miktions- und Sexualstörungen.

Diese enge Verbindung von Miktion und Sexualität, von Miktionsstörungen und Sexualstörung, erklärt sich zum einen aus der engen anatomischen Verknüpfung von ausführendem Harnsystem und Genitale. Diese enge topische und funktionelle Beziehung von Harn- und Genitaltrakt findet sich nun vor allem bei Frauen, wozu ANDREAS-SALOMÉ 1916, 259) sagt: "Nicht umsonst bleibt der Genitalapparat der Kloake so nahe lokal verbunden (beim Weibe ihr sozusagen nur abgemietet)". Zum anderen aber erklärt sie sich auch aus der Tatsache, daß die Ausscheidung von Urin eine der frühesten lustspendenden Quellen des Säuglings ist (s. auch SCHWARZ 1925). Dadurch kommt nun dem Miktionsakt eine erhöhte seelische Besetzung zu, und später können sich dann in den Miktionsstörungen erotische, aber auch wütend-aggressive Affekte manifestieren, die, wenn schwerwiegende pathologische Störungen auftreten, als masochistisches Symptom aufgefaßt werden können.

Im Rahmen der psychosexuellen Entwicklung kommt nun der Urethralerotik bzw. der urethralen Sexualität, d.h. der Lust, die durch den Miktionsakt und sein Produkt, den Urin, gespendet wird, eine nicht unbedeutende Rolle zu. Sieht doch schon FREUD (1905, V, 90) im Harnapparat den Vormund der späteren Sexualität und ist nicht die Urethralerotik zur Zeit der Pubertät nachgeradezu vorbildlich für die ganze spätere Sexualentwicklung (SADGER 1910). Die urethrale Phase steht

nun in enger Verbindung zur analen als auch zur phallisch-ödopalen Phase. Sie hat an beiden Anteil. So können dann Patienten mit ödipalen Konflikten aufgrund ihrer psychosexuellen Unreife infolge äußerer oder innerer Konflikte auf eine anal-urethrale Phase regredieren. Hier wird nun die urethrale Retentionslust, die man vor allem bei Frauen findet, verständlich (FENICHEL 1974, I, 103 f.). In dieser Phase kann dann das Körperkonzept der Patienten noch nicht zwischen analer und urethraler Ausscheidungsfunktion und Genitalfunktion differenzieren (VOLLRATH 1979). Hier findet sich noch die Sexualität "Tür an Tür gleichsam, mit der Rumpelkammer des Unbrauchbargewordenen, Verworfenen, des Körperabfalls" (ANDREAS SALOMÉ 1916, 260).

Dem Wasserlassen kann auf anderer Entwicklungsstufe eine phallische oder sadistische Bedeutung zukommen, während es aber auch als Fließenlassen, als passive Selbstaufgabe und Ausschaltung von Kontrolle erlebt werden kann. Bei phallisch-ödipal fixierten Frauen, die an Sexualstörungen leiden, und deren Konflikte im Penisneid ihre Ursache haben, finden sich nun vor allem Miktionsstörungen (FENICHEL 1974, I, 103 f.). Der anatomische Unterschied und seine psychischen Folgen kann also bei Frauen neben Störungen der Psychosexualität auch psychogene Miktionsstörungen erzeugen. Da Frauen mit Miktionsstörungen zumeist aufgrund gestörter sexueller Erlebnisfähigkeit und anderer Konflikte aus dem Bereich der Sexualsphäre auf die Stufe der infantilen Urethralerotik regredieren, kann man wohl mit MOLINSKI (1983) bei Miktionsstörungen auch zu einem Großteil von "verdeckten funktionellen Sexualstörungen" sprechen, sagt doch schon FREUD (1932, XVI, 9), "daß der Mensch sein eigenes Feuer durch sein eigenes Wasser löscht".

LITERATURVERZEICHNIS

ABENSON, M.H., J. FINDLING:
Dream treatment of urinary retention
British Journal of Psychiatry 120: 225-226 (1972)

ABRAHAM, K.:
Bemerkungen zur Psychoanalyse eines Falles von Fuß- und Korsettfetischismus (1912)
In: ABRAHAM: Psychoanalytische Studien,
Hrsg. v. J. Cremerius
Bd. II Frankfurt/Main (1971) 233-243

ABRAHAM, K.:
Über Ejaculatio praecox (1917)
In: ABRAHAM, Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung
Hrsg. v. J. Cremerius
Bd. I, Frankfurt/Main (1969) 43-60

ABRAHAM, K.:
Zur narzißtischen Bewertung der Exkretionsvorgänge in Traum und Neurose
Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 6: 64-67 (1920)

ABRAHAM, K.:
Äußerungsformen des weiblichen Kastrationskomplexes (1921)
In: ABRAHAM, Psychoanalytische Studien,
Hrsg. v. J. Cremerius
Bd. II, Frankfurt/Main (1971) 69-99

ABRAHAM, K.:
Ergänzung zur Lehre vom Analcharakter
Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 9: 27-47 (1923)

ADAM, R.:
Psychische Faktoren bei Blasen- und Nierenerkrankungen
Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin 2: 261-272 (1955)

ADLER, E.:
Ein Fall von psychogener Anurie
Zentralblatt für Psychotherapie 5: 131-135 (1932)

AHRONHEIM, J.H.:
Emotional albuminuria in combat
Psychosomatic Medicine 9: 51-57 (1947)

ALKAN, L.:
Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache
Stuttgart (1930)

ALKEN, C.E., W. STAEHLER (Hrsg.):
Klinische Urologie
Stuttgart (1973)

ALLEN, T.D.:
Psychogenic urinary retention
Southern Medical Journal 65: 302-304 (1972)

ALLEN, T.D.:
The non-neurogenic neurogenic bladder
Journal of Urology 117: 232-238 (1977)

ANDERSON, M.:
Diuresis by suggestion
British Medical Journal 1946, 1: 776

ANDREAS-SALOMÉ, L.:
"Anal" und "Sexual"
Imago 4: 249-273 (1916)

ANGELL, J.C.:
The management of urinary incontinence
British Journal of Hospital Medicine 2: 1013-1020 (1969)

AUERBACK, A., D.R. SMITH:
Psychosomatic problems in urology
California Medicine 76: 23-26 (1952)

BARINBAUM, M.:
Zur differentialdiagnostischen Abgrenzung der Pollakisuria nervosa gegen organisch bedingte Pollakisurien
Zeitschrift für Urologie 24: 110-114 (1930)

BARINBAUM, M.:
Zur "Inkontinenz" der weiblichen Harnblase
Zentralblatt für Psychotherapie 5: 9-12 (1932)

BARLOW, E.D., H.E. DeWARDENER:
Compulsive water drinking
Quarterly Journal of Medicine 28: 235-258 (1959)

BARNES, R., W.W. SCHOTTSTAEDT:
The relation of emotional state to renal excretion of water and electrolytes in patients with congestive heart failure
American Journal of Medicine 29: 217-227 (1960)

BARRETT, D.M.:
Psychogenic urinary retention in woman
Mayo Clinic Proceedings 51: 351-356 (1976)

BARRETT, D.M.:
Evaluation of psychogenic urinary retention
Journal of Urology 120: 191-192 (1978)

BAUMANN, F.W., F. HINMAN:
Treatment of incontinent boys with non-obstructive disease
Journal of Urology 111: 114-116 (1974)

BECHTEREW von, W.:
Über unwillkürlichen Harnabgang beim Lachen
Neurologisches Centralblatt 18: 447-448 (1899)

BECHTEREW von, W.:
Der Einfluss der Hirnrinde auf die Thränen-, Schweiss- und Harnabsonderung
Archiv für Anatomie und Physiologie, Physiologische Abteilung 1905: 297-305

BENEDEK, Th.:
Die Funktionen des Sexualapparates und ihre Störungen
In: Psychosomatische Medizin
Hrsg. v. F. Alexander
3. Aufl., Berlin, New York (1977), 170-210

BLAKE, W.D.:
Effect of exercise and emotional stress on renal hemodynamics, water and sodium excretion in the dog
American Journal of Physiology 165: 149-157 (1951)

BLOMSTRAND, R., F. LÖFGREN:
Influence of emotional stress on the renal circulation
Psychosomatic Medicine 18: 420-426 (1956)

BODNER, H., A.H. HOWARD, J.H. KAPLAN, S.C. ROSS:
Hypnosis in office practice, especially in the practice of urology
Postgraduate Medicine 28: 515-518 (1960)

BOWERS, J.E., B.E. SCHWARZ, M.J. LEON:
Masochism and interstitial cystitis
Psychosomatic Medicine 20: 296-302 (1958)

BRAASCH, W.F.:
Unusual types of urinary lithiasis
Journal of Urology 23: 1-12 (1930)

BUCHNER, G.:
Über psychisch bedingte Eiweißausscheidung
Münchener Medizinische Wochenschrift 82: 1988 (1935)

CAMPBELL, W.A. III:
Functional abnormalities of the bladder in children: characteristics of chronic cystitis and chronic urethritis
Journal of Urology 104: 926-929 (1970a)

CAMPBELL, W.A. III:
Psychometric testing with the human figure drawing in chronic cystitis
Journal of Urology 104: 930-933 (1970b)

CARSON, C.C., III, D. OSBORNE, J.W. SEGURA:
Psychologic characteristics of patients with female urethral syndrome
Journal of Clinical Psychology 35: 312-313 (1979)

CASPER, L.:
Lehrbuch der Urologie
4. Aufl., Berlin, Wien (1923)

CHAPDELAINE, A., A. LANTHIER:
Compulsive polydipsia with defective renal concentrating capacity
Canadian Medical Association 88: 1184-1192 (1963)

CHAPMAN, A.H.:
Psychogenic urinary retention in women: report of a case
Psychosomatic Medicine 21: 119-122 (1959)

CHERTOK, L., O. BOURGUIGNON, F. GUILLON, P. ABOULKER:
Urethral syndrome in the female ("irritable bladder"):
the expression of fantasies about the urogenital area
Psychosomatic Medicine 39: 1-10 (1977)

CHRISTOFFEL, H.:
Zur Biologie der Enuresis
Zeitschrift für Kinderpsychiatrie 1: 13-24, 49-57, 76-86,
105-115 (1934/35)

CHRISTOFFEL, H.:
Harntriebsäußerungen, insbesondere Enuresis, Urophilie und
Uropolemie
Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 21: 374-388 (1935)

CHRISTOFFEL, H.:
Physiognomische Gesichtspunkte für die Psychosomatik des
menschlichen Harnapparats (Urophysiognomik)
Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin 2: 273-280 (1955)

CONE, R.E.:
Psychosomatic problems in urology
Journal of Urology 56: 146-150 (1946)

COOPER, A.J.:
Conditioning therapy in hysterical retention of urine
British Journal of Psychiatry 111: 575-577 (1965)

CORIAT, I.H.:
The character traits of urethral erotism
Psychoanalytic Review 11: 426-434 (1924)

CORSON, S.A., R.A. DYKMAN, E.O. CORSON, J.E. PETERS,
L.D. SEAGER, W.G. REESE:
Conditioned reflex studies on renal function
Federation Proceedings 17: 30 (1958)

COX, C.E., F. HINMAN:
Experiments with induced bacteriuria, vesical emptying and
bacterial growth on the mechanism of bladder defense to
infection
Journal of Urology 86: 739-748 (1961)

CRUMPACKER, R.W., R.L. KRIEL:
Voluntary water intoxication in normal infants
Neurology 23: 1251-1255 (1973)

DeLUCA, F.G., O. SWENSON, J.H. FISHER, A.H. LOUTFI:
The dysfunctional "lazy" bladder syndrome in children
Archives of Disease in Childhood 37: 117-121 (1962)

DeMARIA, W.J.A., B.M. SHMAVONIAN, S.I. COHEN, R.P. KRUEGER, D.M. HAWKINS, S.B. BAYLIN, A.P. SANDERS, G.J. BAYLIN:
Renal Conditioning
Psychosomatic Medicine 25: 538-542 (1963)

DeWARDENER, H.E.:
Polyuria
Journal of Chronic Diseases 11: 199-212 (1960)

DEUTSCH, F.:
Psychoanalyse und Organkrankheiten
Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 8: 290-306 (1922)

DEUTSCH, F.:
Studies in pathogenesis: biological and psychological aspects
Psychoanalytical Quarterly 2: 225-243 (1933)

DOBREFF, M.:
Experimenteller Beitrag über den Einfluß von Affekten und Muskelarbeit auf die Urinausscheidung
Pflüger's Archiv für die gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere 213: 511-534 (1926)

DUGAN, S., M.A. HULLIDAY:
Water intoxication in two infants following the voluntary ingestion of excessive fluids
Pediatrics 39: 418-420 (1967)

DUNBAR, F.:
Emotions and bodily changes
4. Aufl., New York (1954)

DYKMAN, R.A., S.A. CORSON, W.G. REESE, L.D. SEAGER:
Inhibition of urine flow as a component of the conditional defense reaction
Psychosomatic Medicine 24: 177-186 (1962)

EAGLE, E.:
Conditioned inhibition of water diuresis
American Journal of Physiology 103: 362-366 (1933)

EMMETT, J.L., S.P.R. HUTCHINS, J.R. McDONALD:
The treatment of urinary retention in women by transurethral resection
Journal of Urology 63: 1031-1042 (1950)

ENGEL, G.L.:
Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit
2. unv. Aufl. Bern, Stuttgart, Wien (1976)

ENGLISH, O.S.:
The psychosomatic approach in urology
In: Urology Vol. 3
Hrsg. v. CAMPBELL M.F., J.H. HARRISON
3. Aufl., Philadelphia (1970), 2035-2054

ERIKSON, E.H.:
Kindheit und Gesellschaft
Suttgart, Bern (1971)

EYRES, H.M.:
Nervous retention of urine
British Medical Journal 1912, 484-485

FENICHEL, O.:
Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. 1
Olten, Freiburg (1974)

FENICHEL, O.:
Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. 2
Olten, Freiburg (1975)

FENICHEL, O.:
Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. 3
2. Aufl., Olten, Freiburg (1977)

FERENCZI, S.:
Über passagère Symptombildungen während der Analyse (1912)
In: FERENCZI: Schriften zur Psychoanalyse
Hrsg. v. M. Balint
Bd. I, Frankfurt/Main (1970) 103-114

FERENCZI, S.:
Mischgebilde von erotischen und Charakterzügen (1916)
In: FERENCZI: Schriften zur Psychoanalyse,
Hrsg. v. M. Balint
Bd. I, Frankfurt/Main (1970) 228-229

FERENCZI, S.:
Psychoanalytische Betrachtungen über den Tic (1921)
In: FERENCZI: Schriften zur Psychoanalyse,
Hrsg. v. M. Balint
Bd. II, Frankfurt/Main (1982) 39-69

FERENCZI, S.:
Versuch einer Genitaltheorie (1924)
In: FERENCZI: Schriften zur Psychoanalyse,
Hrsg. v. M. Balint
Bd. II, Frankfurt/Main (1982) 317-400

FERENCZI, S.:
Zur Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten (1925)
In: FERENCZI: Schriften zur Psychoanalyse,
Hrsg. v. M. Balint
Bd. II, Frankfurt/Main (1982) 147-181

FLIESS, R.:
Erogeneity and libido
New York (1956)

FLIESS, R.:
Ego and body ego
New York (1961)

FLIESS, R.:
Symbol, dream and psychosis
New York (1973)

FRANKL-HOCHWART von, L., O. ZUCKERKANDL:
Die nervösen Erkrankungen der Blase
Wien (1899)

FREUD, S.:
Die Abwehr-Neuropsychosen. Versuch einer psychologischen Theorie der akquirierten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewisser halluzinatorischer Psychosen (1894)
Ges.Werke Bd. I, London 1952, Frankfurt 5. Aufl., 1977, 57-74

FREUD, S.:
Über die Berechtigung von der Neurastnenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen (1895)
Ges.Werke Bd. I, London 1952, Frankfurt 5. Aufl.
1977, 313-342

FREUD, S.:
Zur Ätiologie der Hysterie (1896)
Ges.Werke Bd. I, London 1952, Frankfurt, 5. Aufl. 1977, 423-459

FREUD, S.:
Die Traumdeutung (1900)
Ges.Werke Bd. II/III, London 1942, Frankfurt, 6. Aufl., 1976,
1-642

FREUD, S.:
Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (1905)
Ges.Werke Bd. V, London 1942, Frankfurt 5. Aufl. 1972
27-145

FREUD, S.:
Über infantile Sexualtheorien (1908)
Ges.Werke Bd. VII, London 1941, Frankfurt 6. Aufl. 1976
169-188

FREUD, S.:
Allgemeines über den hysterischen Anfall (1909a)
Ges.Werke Bd. VII, London 1941, Frankfurt 6. Aufl. 1976
233-240

FREUD, S.:
Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben (1909 b)
Ges.Werke Bd. VII, London 1941, Frankfurt 6. Aufl. 1976
241-377

FREUD, S.:
Erfahrungen und Beispiele aus der analytischen Praxis (1913)
Ges.Werke Bd. X, London 1946, Frankfurt 6. Aufl. 1973
39-42

FREUD, S.:
Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1916/17)
Ges.Werke Bd. XI, London 1941, Frankfurt 6. Aufl. 1973

FREUD, S.:
Aus der Geschichte einer infantilen Neurose (1918 a)
Ges.Werke Bd. XII, London 1947, Frankfurt 5. Aufl. 1978
27-157

FREUD, S.:
Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens. III. Das Tabu der Virginität (1918 b)
Ges,Werke Bd. XII, London 1947, Frankfurt 5. Aufl. 1978
159-180

FREUD, S.:
Die infantile Genitalorganisation (1923)
Ges.Werke Bd. XIII, London 1940, Frankfurt 8. Aufl. 1976
291-298

FREUD, S.:
Das Unbehagen in der Kultur (1930)
Ges.Werke Bd. XIV, London 1948, Frankfurt 5. Aufl. 1976
419-506

FREUD, S.:
Zur Gewinnung des Feuers (1932)
Ges.Werke Bd. XVI, London 1950, Frankfurt 5. Aufl. 1978
1-9

FREUD, S.:
Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1933)
Ges.Werke Bd. XV, London 1940, Frankfurt 6. Aufl. 1973

FREWEN, W.K.:
Urgency incontinence
Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth 79: 77-79 (1972)

FREWEN, W.K.:
An objective assessment of the unstable bladder of psychosomatic origin
British Journal of Urology 50: 246-249 (1978)

FREYBERGER, H.:
Psychosomatik des Kindesalters und des erwachsenen Patienten
In: Klinik der Gegenwart,
Hrsg. von R. Cobet, K. Gutzeit, H.E. Bock, F. Hartmann
Bd. XI, Fassung 1977, 527-731

GALANT, J.S.:
Über die psychogene Harnverhaltung
Zentralblatt für innere Medizin 45: 29-32 (1924)

GALDSTON, R., A.D. PERLMUTTER:
The urinary manifestations of anxiety in child
Pediatrics 52: 818-822 (1973)

GALLAGHER, D.J.A., J.Z. MONTGOMERIE, J.D.K. NORTH:
Acute infections of the urinary tract and the urethral syndrome in general practice
British Medical Journal 1965, 1, 622-626

GALLO, D.; D. PRESMAN:
Urinary retention due to fecal impaction in children
Pediatrics 45: 292-294 (1970)

GATES, P.H., J.L. WEINBERGER:
The concept of the damaged body in psychosomatic complaints of the genito-urinary tract
Psychoanalytic Review 42: 17-23 (1955)

GEIST, R.W., S.J. ANTOLAK:
Interstitial cystitis in children
Journal of Urology 104: 922-925 (1970)

GERBNER, M., K. ALTMAN:
On the mechanism of the diuretic conditioned reflex
Journal of Psychosomatic Research 3: 242-249 (1958/59)

GERBNER, M., K. ALTMAN, I. MÉSZÁROS:
The mechanism of the increase in diuresis induced by hypnotic suggestions
Journal of Psychosomatic Research 3: 282-290 (1958/59)

GRAY, L.A., W.B. PINGELTON:
Pathological lesions of the female urethra
Journal of the American Medical Association 162: 1361-1365 (1956

GREEN, M.R., A.L. DEAN:
Some psychiatric aspects of symptoms of genito-urinary disease
Journal of Urology 72: 742-747 (1954)

GREEN, T.H.:
Urinary stress incontinence: Differential diagnosis, pathophysiology and management
American Journal of Obstetrics and Gynecology 122: 368-400 (1975)

GREENACRE, P.:
Trauma, growth and personality
New York (1969)

GRODDECK, G.:
Über die psychische Behandlung der Nierensteinbildung
Allgemeine Ärztliche Zeitschrift für Psychotherapie und Psychische Hygiene 1: 136-141 (1928)

GROSSMANN, W.:
Ueber suggestive Beeinflussung der Harnsekretion
Münchener Medizinische Wochenschrift 75: 1333-1334 (1928)

GRUNBERG, A.:
Acute urinary retention due to fecal impaction
Journal of Urology 83: 301-302 (1960)

GUREWITSCH, W.:
Beitrag zum Problem der Organneurosen: Hysterische Harnverhaltung und Stuhlinkontinenz
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 124: 247-257 (1932)

HAND, J.R.:
Interstitial cystitis: report of 223 cases
Journal of Urology 61: 291-310 (1949)

HÁRNIK, J.:
Schicksale des Narzißmus bei Mann und Weib
Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 9: 278-296 (1923)

HASS, E.:
Ueber psychisch bedingte Eiweißausscheidung
Münchener Medizinische Wochenschrift 82: 1644 (1935)

HEIDENREICH, J., C. FRANTZEN, L. BECK:
Die funktionelle Harninkontinenz der Frau
Deutsches Ärzteblatt 72: 2609-2614 (1975)

HEILIG, R., H. HOFF:
Über hypnotische Beeinflussung der Nierenfunktion
Deutsche Medizinische Wochenschrift 51: 1615-1616 (1925)

HEILIG, R., H. HOFF:
Psychische Beeinflussung von Organfunktionen, insbesondere in der Hypnose
Allgemeine Ärztliche Zeitschrift für Psychotherapie und Psychische Hygiene 1: 268-280 (1928)

HERBERT, S.:
The psychogenetic root of enuresis
Psychoanalytic Review 9: 263-266 (1922)

HERTZ, D.G., H. MOLINSKI:
Psychosomatik der Frau
Berlin, Heidelberg, New York (1980)

HINKLE, L.E., C.J. EDWARDS, S. WOLF:
The occurrence of diuresis in humans in stressful situations and its possible relation to the diuresis of early starvation
Journal of Clinical Investigation 30: 809-817 (1951)

HINMAN, F.:
Bacterial elimination
Journal of Urology 99: 811-825 (1968)

HINMAN, F., F.W. BAUMAN:
Vesical und ureteral damage from voiding dysfunction in boys without neurologic or obstructive disease
Journal of Urology 109: 727-732 (1973)

HINMAN, F.:
Urinary tract damage in children who wet
Pediatrics 54: 142-150 (1974)

HITSCHMANN, E.:
Urethralerotik und Zwangsneurose
Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 6: 263-264 (1920)

HODGKINSON, C.P., M.A. AYERS, B.H. DRUKKER:
Dyssynergic detrusor dysfunction in apparently normal female
American Journal of Obstetrics and Gynecology 87: 717-730 (1963)

HODGKINSON, C.P.:
Stress urinary incontinence: diagnosis and treatment
Clinical obstetrics and Gynecology 21: 649-651 (1978)

HOFER, M.A., L.E. HINKLE:
Production of conditioned diuresis in man
Journal of Clinical Investigation 42: 1421-1430 (1963)

HOFER, M.A., L.E. HINKLE:
Conditioned diuresis in man: effects of altered environment, subjective state, and conditioning experience
Psychosomatic Medicine 26: 108-124 (1964)

HOFF, H., P. WERMER:
Über psychovegetative Schaltungen und ihre Beeinflussung
Klinische Wochenschrift 7: 346-349 (1928)

HOFSTETTER, A., E. SCHMIEDT, E.-R. WEISSENBACHER, S. FRANK,
Urethritissyndrom und atypische Keimflora des äußeren weiblichen Genitales
Medizinische Klinik 71: 1903-1906 (1976)

HOHENFELLNER, R., C. PLANZ, H.-D. WULFF:
Urologie der Frau
In: Klinische Urologie
Hrsg. von C.E. Alken, W. Staehler
Stuttgart (1973) 521-532

HORNEY, K.:
Zur Genese des weiblichen Kastrationskomplexes
Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 9: 12-26 (1923)

HUNNER, G.L.:
Neurosis of the bladder
Journal of Urology 24: 567-585 (1930)

HUSCHKA, M.:
A study of training in voluntary control of urination in a group of problem children
Psychosomatic Medicine 5: 254-265 (1943)

ISRAEL, W.:
Zur "Inkontinenz" der weiblichen Harnblase
Zentralblatt für Psychotherapie 5: 146-148 (1932)

JAMMES, J.L., P.V. TIGCHELAAR, P.B. ROSENBERGER:
Habituation and urinary retention
Journal of the American Medical Association 232: 1264-1266 (1975

JANET, J.:
Les troubles psychopathiques de la miction. Essai de psychophysiologie normale et pathologique.
Paris (1890)

JANSSEN, D.:
Zur Psychosomatik eines urologischen Syndroms
Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin 10: 77-83 (1964)

JEFFCOATE, T.N.A., W.J.A. FRANCIS:
Urgency incontinence in the female
American Journal of Obstetrics and Gynecology 94: 604-618 (1966)

JOKL, R.H.:
Zur Psychogenese des Schreibkrampfes
Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 8: 168-190 (1922)

JONES, E.:
Urethralerotik und Ehrgeiz
Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse 3:
156-157 (1915)

KEHRER, F.:
Spezielle Symptomatologie der Hysterie und Neurasthenie.
In: Handbuch der Neurologie
Hrsg. von O. Bumke, O. Foerster
Ergänzungsband, Erster Teil, Berlin (1924) 72-258

KHAN, A.U.:
Psychogenic urinary retention in a boy
Journal of Urology 106: 432-434 (1971)

KLEINSORGE, H.:
Phosphaturie und Persönlichkeit
Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie
1: 205-214 (1951)

KLEINSORGE, H.:
Phosphaturie und Neurose
Ärztliche Wochenschrift 7: 113-115 (1952)

KLEINSORGE, H.:
Urologie und Psychotherapie.
In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie
Hrsg. v. V.E. Frankl, V.E. v. Gebsattel, J.H. Schultz,
Band 5, Grenzgebiete und Grenzfragen,
München und Berlin (1961), 279-291

KLEMPERER, G.:
Nierensteinkrankheit als Neurose
Therapie der Gegenwart 73: 14-17 (1932)

KNOX, S.J.:
Psychogenic urinary retention after parturition, resulting
in hydronephrosis
British Medical Journal 1960, 2, 1422-1424

KOLLE, P.:
Leitsymptom: Miktionsstörungen
Münchener Medizinische Wochenschrift 112: 173-184 (1970)

LARSON, J.W., W.M. SWENSON, D.C. UTZ, R.M. STEINHILBER:
Psychogenic urinary retention in women
Journal of the American Medical Association 184: 697-700 (1963)

LEADBETTER, G.W.:
Cystitis in adult female
New York State Journal of Medicine 70-2: 1895-1896 (1970)

LEIKEN, S.J., H. CAPLAN:
Psychogenic polydipsia
American Journal of Psychiatry 123: 1573-1576 (1967)

LESHNEW, N.F.:
Psychogene Erkrankungen in der Urologie
Zeitschrift für Urologie 22: 921-929 (1928)

LEVI, L.:
The urinary output of adrenalin and noradrenalin during pleasant and unpleasant emotional states
Psychosomatic Medicine 27: 80-85 (1965)

LINSHAW, M.A., T. HIPP, A. GRUSKIN:
Infantile psychogenic water drinking
Journal of Pediatrics 85: 520-522 (1974)

MALMQUIST, C.P.:
Hysteria in childhood
Postgraduate Medicine 50: 112-117 (1971)

MARGOLIS, G.J.:
A review of literature on psychogenic urinary retention
Journal of Urology 94: 257-258 (1965)

MARSHALL, J.R., G.E. JUDD:
Guide for the management of women with symptoms arising in the lower urinary tract
Clinical Obstetrics and Gynecology 19: 247-258 (1976)

MARX, H.:
Untersuchungen über den Wasserhaushalt, II. Mitteilung. Die psychische Beeinflussung des Wasserhaushaltes
Klinische Wochenschrift 5: 92-94 (1926)

MARX, H.:
Diurese durch bedingten Reflex
Klinische Wochenschrift 10: 64-67 (1931)

MASON, E., P. McLEAN, J. COX:
Psychosocial aspects of the urethral syndrome in women
Journal of the Irish Medical Association 70: 335-337 (1977)

MOSSO, A., P. PELLACANI:
Sulle funzioni della vesica
Atti della Reale Accademica dei Lincei, Serie III, Vol. XII: 1-64 (1881)

McLAUGHLIN, C.W.jr., J.R. BROWN:
Postoperative urinary retention
U.S.Navy Medical Bulletin 42: 1025-1032 (1944)

MENNINGER, K.A.:
Impotence and frigidity from the standpoint of psychoanalysis
Journal of Urology 34: 166-183 (1935)

MENNINGER, K.A.:
Psychological factors in urological disease
Psychoanalytic Quarterly 5: 488-512 (1936)

MENNINGER, K.A.:
Some observations on the psychological factors in urination and genito-urinary afflictions
Psychoanalytic Review 28: 117-129 (1941)

MESTER, H.:
Die chronifizierte psychogene Harnverhaltung
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 21: 314-344 (1975)

MILES, B.E., H.E. DeWARDENER, R.R. McSWINEY:
Renal function during emotional diuresis
American Journal of Medicine 12: 659-666 (1952)

MOLINSKI, H.:
Larvierte Depressionen in Geburtshilfe und Gynäkologie
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 38: 199-202 (1978)

MOLINSKI, H.:
Zur Psychosomatik von Blasenentleerungsstörungen
(im Druck)

MOLITOR, H.:
Über die Einwirkung kortikaler Erregungen auf die Wasserdiurese bei Tieren
Naunyn-Schmiedebergs's Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie 113: 171-187 (1926)

MOLL, A.E.:
Psychosomatic disease due to battle stress
In: Recent developments in psychosomatic medicine
Hrsg. v. E.D. Wittkower, R.A. Cleghorn
London (1954), 436-454

MONTAGUE, D.K., L.R. JONES:
Psychogenic urinary retention
Urology 13: 30-35 (1979)

MORO, N.:
Ueber das "Stadium nervosum" der Cystitis
Wiener Klinische Wochenschrift 46: 1485-1486 (1933)

NESBITT, R.E.Jr., M.H. HOLLENDER, P.M. FELDMAN, J.A. GLAZER, R.C. HAYES, P.L. FERRO:
Psychogenic urinary retention
International Psychiatry Clinics 2: 561-582 (1965)

NORDEN, C.W., E.A. FRIEDMAN:
Psychogenic urinary retention: a report of 2 cases
New England Journal of Medicine 264: 1096-1097 (1961)

NUNBERG, H.:
Allgemeine Neurosenlehre
4. unv. Auflage, Bern, Stuttgart, Wien (1975)

O'CONNOR, W.J., E.B. VERNEY:
The effect of removal of posterior lobe of the pituitary on the inhibition of water-diuresis by emotional stress
Quarterly Journal of Experimental Physiology and Cognate Medical Sciences 31: 393-408 (1942)

PATTON, G.D., J.H. SHEEHAN:
Prevention of postoperative urinary retention by means of suggestion
American Journal of Obstretrics and Gynecology 94: 1006-1008 (1966)

PEDERSEN, V.C.:
Retention neurosis of the bladder, secondary to postoperative catheterization
New York Medical Journal and Medical Record 118: 269-272 (1923)

PELOUZE, P.S.:
Habit bladders - a discussion of the medical and surgical aspects of the effects of habits on the urinary bladder
Journal of Urology 13: 679-687 (1925)

PEYER, A.:
Die reizbare Blase oder Idiopathische Blasenreizung
Stuttgart (1888)

RABOW, S.:
Beitrag zur Kenntnis der Beschaffenheit des Harns bei Geisteskrankheit
Archiv für Psychiatrie 7: 62-79 (1877)

RAIMIST, J.:
Ein Fall von dauernder hysterischer "Retentio urinae"
Neurologisches Centralblatt 26: 646-651 (1907)

RAMSDEN, P.D., C.J. SMITH, M. DUNN, G.M. ARDRAN:
Distension therapy for the unstable bladder: later results including an assessment of repeat distensions
British Journal of Urology 48: 623-629 (1976)

RAVICH, L., P.H. LERMAN, N.B. SCHELL:
Urinary retention due to fecal impaction
New York State Journalof Medicine 63: 3289-3291 (1963)

RAY, I., J. MORPHY:
Metronome conditioned relaxation and urinary retention
Canadian Psychiatric Association Journal 20: 139-141 (1975)

RAZ, S., R.B. SMITH:
External sphincter spasticity syndrome in female patients
Journal of Urology 115: 443-446 (1976)

ROBERTIELLO, R.C.:
Some psychic interrelations between the urinary and the sexual systems with special reference to enuresis
Psychiatric Quarterly 30: 61-62 (1956)

ROOKE, A.B.:
Diuresis by suggestion
British Medical Journal 1946, 1, 589

ROST, F.:
Ueber Harnverhaltung bei Kindern, ohne mechanisches Hindernis
Münchener Medizinische Wochenschrift 65: 14-17 (1918)

ROWAN, E.L.:
Psychophysiologic disorders of micturition
Journal of the American College Health Association 23: 251-252 (1975)

SACHS, E.:
Über die Behandlung der postoperativen Harnverhaltung
Zentralblatt für Gynäkologie 52: 1531-1544 (1928)

SADGER, J.:
Über Urethralerotik
In: Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen
Hrsg. v. E. Bleuer
Band 2, Wien (1910) 409-450

SCULTETY, S., E. BALOGH:
Some data concerning the development and therapy of postoperative urinary retention
Urologia Internationalis 15: 245-256 (1963)

SHIELDS, G.E.:
Psychoses associated with posterior urethral pathology
Urologic and cutaneous Review 41: 793-794 (1937)

SILAGY, J.M.:
Psychiatric aspects of diseases of the genitourinary system
In: Psychology of physical illness
Hrsg. v. Bellak
New York (1952) 119-129

SMITH, D.R., A. AUERBACK:
Functional Disease
In: Handbuch der Urology
Hrsg. v. C.E. Alken, V.W. Dix, H.M. Weyrauch, E. Wildbolz
Band 12, Funktionelle Störungen
Berlin, Göttingen, Heidelberg (1960), 1-57

SMITH, D.R.:
Psychogenic aspects of urinary function
Journal of the Omaha Midle-Western Clinical Society 25: 35-36 (1964)

SULLIVAN, H.S.:
The interpersonal theory of psychiatry
New York (1953)

SUMMERS, J.L.:
The functional aspect of the urethral syndrome
Ohio State Medical Journal 72: 497-499 (1976)

SUNDSTRÖM, B.:
Psychogenic polydipsia and psychogenic polyuria with special references to thirst, water intake and urine production in anorexia nervosa
Acta Paedopsychiatrica 42: 223-227 (1975/76)

SUTHERST, J.R.:
Sexual dysfunction and urinary incontinence
British Journal of Obstetrics and Gynaecology 86: 387-388 (1979)

SUTHERST, J.; M. BROWN:
Sexual dysfunction associated with urinary incontinence
Urologia internationalis 35: 414-416 (1980)

SCHOTTSTAEDT, W.W.; W.J. GRACE; H.G. WOLFF:
Life situation, behavior patterns, and renal excretion of fluid and electrolytes
Journal of the American Medical Association 157: 1485-1488 (1955)

SCHOTTSTAEDT, W.W.; W.J. GRACE; H.G. WOLFF:
Life situations, behaviour, attitudes, emotions and renal excretion of fluid and electrolytes
Journal of Psychosomatic Research 1: 75-83, 147-159, 203-211, 287-291, 292-298 (1956)

SCHULTZ-HENCKE, H.:
Lehrbuch der analytischen Psychotherapie
2. Aufl., Stuttgart (1970)

SCHUNK, J.:
Psyche und Nierenfunktion
Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin 2: 255-261 (1955)

SCHWARTZ, M.S.; A.H. STANTON:
A social psychological study of incontinence
Psychiatry 13: 399-416 (1950)

SCHWARZ, O.:
Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie der Blasenfunktion. VI. Mitteilung. Die genuine Pollakisurie und die Prinzipien ihrer Behandlung
Wiener Klinische Wochenschrift 33: 210-214 (1920)

SCHWARZ, O.:
Über funktionelle Blasenstörungen
Wiener Medizinische Wochenschrift 72: 1196-1199 (1922)

SCHWARZ, O.:
Miktionspathologie
Klinische Wochenschrift 2: 285-288 (1923)

SCHWARZ, O.:
Psychogene Miktionsstörungen.
In: Pathogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome.
Hrsg. v. O. Schwarz
Wien (1925) 273-294

SCHWARZ, O:
Über vasomotorische Nierenschmerzen
Archiv für klinische Chirurgie 140: 648-653 (1926)

SCHWARZ, O.:
Über psychogene Nierenschmerzen
Allgemeine Ärztliche Zeitschrift für Psychotherapie und Psychische Hygiene 1: 28-33 (1928a)

SCHWARZ, O.:
Vasomototische Nierenschmerzen
In: Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften und Kongreßberichte
Wiener Klinische Wochenschrift 41: 394 (1928b)

SCHWARZ, O.:
Zur "Inkontinenz" der weiblichen Harnblase
Zentralblatt für Psychotherapie 5: 145-146 (1932)

STEKEL, W.:
Zwangszustände, ihre psychischen Wurzeln und ihre Heilung
Medizinische Klinik 6,1: 169-172, 213-215, 254-256 (1910)

STEVKO, R.M., M. BALSLEY, W.E. SEGAR:
Primary polydipsia - compulsive water drinking
Journal of Pediatrics 73: 845-851 (1968)

STONE, C.B., G.E. JUDD:
Psychogenic aspects of urinary incontinence in women
Clinical Obstetrics and Gynecology 21: 807-815 (1978)

STRAUB, L.R., H.S. RIPLEY, S. WOLF:
Disturbances of bladder function associated with emotional states
Journal of the American Medical Association 141: 1139-1143 (1949)

STUTZIN, J.J.:
Psychotherapie in der Urologie
Medizinische Klinik 22: 163-166 (1926)

STUTZIN, J.J.:
Uroneurosen
Medizinische Klinik 23: 1361-1366 (1927)

STUTZIN, J.J., H. WARNER:
Die Harnblase als Ausdrucksgebiet für neuropsychische Vorgänge
Medizinische Klinik 24: 1467-1470 (1928)

TAUBER, E.S., L.G. LEWIS, O.R. LANGWORTHY
Vesical activity in schizophrenic states associated with catalepsy
Archives of Neurology and Psychiatry 39: 14-23 (1938)

TREIGER, P., J.J. TOVAREK, N.A. CASCIATO:
Physiopsychologic treatment for postoperative urinary retention
American Journal of Surgery 80: 195-197 (1950)

TURNER, R.D., E. BORS:
Some interesting observations in neurological urology
Urologia Internationalis 16: 30-45 (1963)

VAN DER HEIDE, C.:
A case of pollakiuria nervosa
Psychoanalytic Quarterly 10: 267-283 (1941)

VERNEY, E.B.:
Some aspects of water and electrolyte excretion
Surgery, Gynecology & Obstetrics 106: 441-452 (1958)

VINER, N.:
A case of obstinate urethral and rectal retention cured by psychoanalytic methods
Canadian Medical Association Journal 16: 425-427 (1926)

VOLLRATH, P.:
Nierenerkrankungen
In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts,
Band IX, Ergebnisse für die Medizin (1), Psychosomatik
Hrsg. v. P. Hahn
Zürich (1979) 442-458

WAHL, C.W., J.S. GOLDEN:
Psychogenic urinary retention
Psychosomatic Medicine 25: 543-555 (1963)

WAHL, C.W., J.S. GOLDEN:
Psychogenic urinary retention
In: New dimensions in psychosomatic medicine
Boston (1964) 313-335

WAKIM, K.G.:
Reassessment of the source, mode and locus of action of antidiuretic hormone
American Journal of Medicine 42: 394-411 (1967)

WEISS, E., O.S. ENGLISH:
Psychosomatic medicine
Philadelphia und London (1943)

WEISZ, F.:
Über einen interessanten Fall von Harnretention
Berliner Klinische Wochenschrift 46: 1214-1215 (1909)

WESTERMAN HOLSTIJN, A.J.:
Retentio urinae
Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 10: 295-300 (1924)

WILDBOLZ, H.:
Lehrbuch der Urologie
4. Aufl. völlig umgearbeitet von E. WILDBOLZ.
Berlin, Göttingen, Heidelberg (1959)

WILLIAMS, G.E., A.M. JOHNSON:
Recurrent urinary retention due to emotional factors
Psychosomatic Medicine 18: 77-80 (1956)

WINSBURY-WHITE, H.P.:
Two cases of retention of urine in women
Lancet 1936, 1, 1008-1009

WLADIKA, R.:
Zur Symptomatik und Therapie funktioneller Miktionsstörungen
Medizinische Klinik 46: 665-667 (1951)

WOBUS, R.E.:
Notes on the psychic influence on bladder disturbances in women
Journal of the Missouri Medical Association 19: 111-113 (1922)

WOODMANSEY, A.C.:
Wetting and Soiling
British Medical Journal 1972, 3, 161-163

YAZMAJIAN, R.V.:
Patnological urination and weeping
Psychoanalytic Quarterly 35: 40-46 (1966)

Zufall, R., N.J. DOVER:
Treatment of the urethral syndrome in women
Journal of the American Medical Association 184: 894-895 (1963)

Herrn Prof. Dr. med. Hans Molinski,
Frauenklinik der Universität Düsseldorf,
der diese Arbeit anregte und mich bei
der Durchführung ohne nachlassendes Inter-
esse beriet, danke ich herzlich für die
Unterstützung und Hilfe im Rahmen der
Betreuung dieser Arbeit sowie für die
Übernahme des Referates.

Frau Prof. Dr. med. Ilse Rechenberger,
Hautklinik der Universität Düsseldorf,
danke ich herzlich für die Übernahme
des Korreferates.

Lebenslauf

Am 06. März 1955 wurde ich in Aachen als Sohn des Stadtoberverwaltungsrates Josef Huppertz und seiner Ehefrau Resi geb. Crombach geboren.
Von 1962 bis 1966 besuchte ich die Katholische Volksschule Herzogenrath-Mitte und anschließend das Städt. Gymnasium (altsprachlicher Zweig) in Herzogenrath, wo ich im Juni 1974 die Reifeprüfung ablegte. Zum Wintersemester 1974/75 immatrikulierte ich mich an der Techn. Hochschule in Aachen im Studiengang Chemie.
Im Sommersemester 1975 immatrikulierte ich mich im Fach Medizin an der Universität Düsseldorf und zum Wintersemester 1975/76 begann ich zusätzlich mit dem Studium der Philosophie. Das Physikum bestand ich im August 1977, den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im März 1979 und den Zweiten Abschnitt im August 1981.
Während des anschließenden Praktischen Jahres wurde ich an der Universitätsklinik Düsseldorf in der Medizinischen und der Chirurgischen Klinik und im Wahlfach Psychiatrie in der Psychiatrischen Klinik der Universität Düsseldorf - Rheinische Landesklinik ausgebildet.
Am 05. Oktober 1982 bestand ich den schriftlichen Teil und am 04. November 1982 den mündlichen Teil des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung. Zum 16. November 1982 wurde mir die Approbation als Arzt erteilt.
Von 1981 bis 1983 arbeitete ich an der vorliegenden Dissertation "Psychosomatische Störungen von Harnblase und Miktion, unter besonderer Berücksichtigung dieser Störungen bei der Frau, - eine Auswertung der Literatur" bei Prof.Dr.med. H. Molinski, Leiter der Psychosomatischen Abteilung der Universitätsfrauenklinik der Universität Düsseldorf.
Seit März 1983 bin ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter am C.u.O. Vogt-Institut für Hirnforschung der Universität Düsseldorf bei Prof.Dr.med. A. Hopf tätig.

FOTODRUCK J. MAINZ GmbH
Neupforte 13, Nähe Markt, D-5100 Aachen
Telefon: (0241) 27305 und (0241) 38606